Lane Medical Library

Ueber die

Tuberkulose der Beckensymphysen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

hohen medizinischen Fakultät zu Marburg,

vorgelegt von

Friedrich Unger,
approb. Arzt aus Lüdenscheid.

20. Mai 1896.

Marburg 1896.

Druck von W. Crone jr. in Lüdenscheid.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/tuberkulosederbe0000frei_f0m8

Bei der Vorstellung eines Falles von *Tuberculose* der *Symphysis sacroiliaca* in der chirurgischen Klinik zu Marburg machte Herr Geheimrath Küster darauf aufmerksam, dass diese Erkrankung nicht so selten vorkomme, wie man wohl der Litteratur über diesen Gegenstand nach zu schliessen annehmen sollte. Beide Angaben, das ziemlich häufige Vorkommen der Tuberkulose der *Symphysis sacroiliaca* einerseits, wie andererseits die geringe Beachtung, welche dieser Gegenstand namentlich in der deutschen Litteratur gefunden hat, fand ich bei Durchsicht der Krankengeschichten des Augustahospitals und der Marburger chirurgischen Klinik vom Jahre 1879 an bis Anfang des Jahres 1895, sowie der Litteratur bestätigt. Anders verhält es sich mit der Frage über die Tuberkulose der *Symphysis pubis*. Hier finden sich überhaupt nur sehr wenige gut beschriebene Fälle, doch scheint es mir der Mühe werth zu sein, das Wenige, was ich über diesen Gegenstand gefunden habe, an dieser Stelle zu veröffentlichen, und so ein möglichst vollständiges Bild von der tuberkulösen Erkrankung der Halbgelenke des Beckengürtels zu bringen. Jedenfalls scheint die tuberkulöse Erkrankung der *Symphysis pubis* bedeutend seltener zu sein als die der *Symphysis sacroiliaca* und wohl überhaupt nur sehr selten zur Beobachtung zu kommen.

Es ist dies um so eher anzunehmen, als die Diagnose entsprechend der leichteren Zugänglichkeit der *Symphysis pubis* leichter zu stellen sein dürfte, während eine Erkrankung der *Symphysis sacroiliaca* in den Anfangsstadien wenig objective Symptome bietet, in der weiteren Entwickelung

leicht zu Verwechselungen mit tuberkulöser Erkrankung benachbarter Knochenpartieen, speciell des Hüftgelenks oder der Lendenwirbelsäule Veranlassung geben kann. — Wie aber die folgenden Krankengeschichten lehren, ist eine möglichst frühzeitig gestellte Diagnose für eine erfolgreiche Therapie nothwendige Vorbedingung, da bei vorgeschrittenen Fällen, zumal wenn bereits beide Seiten der Beckenwandung kariös erkrankt sind, wohl eine Verlangsamung des Krankheitsprozesses erzielt, aber nur selten eine definitive Heilung erreicht werden kann. Ein besonders günstiges Untersuchungsfeld für die vorliegende Arbeit boten mir die Krankengeschichten der Marburger Klinik, indem bei der Häufigkeit tuberkulöser Erkrankungen überhaupt, gerade kariöse Erkrankungen der Knochen in hiesiger Gegend sehr oft zur Beobachtung kommen. Das relativ häufige Auftreten dieser Affektionen kam mir besonders zum Bewusstsein beim Vergleich mit den Krankengeschichten des Berliner Augustahospitals, welche allerdings ein ausgewähltes Material darstellen. Während hier die karcinomatösen Erkrankungen wohl das grösste Contingent stellen und die tuberkulösen Knochenerkrankungen relativ selten beobachtet werden, findet sich in den Krankengeschichten der Marburger Klinik etwa das umgekehrte Verhältniss.

Im Folgenden möchte ich zunächst kurze Auszüge aus den in der Litteratur gefundenen Arbeiten bringen, hieran schliesst sich eine Reihe bereits veröffentlichter Fälle, welche sich in verschiedenen Krankenhausberichten u. s. w. zerstreut fanden, und endlich sollen die noch nicht veröffentlichten Krankengeschichten des Augustahospitals und der Marburger Klinik zur Darstellung kommen.

In der neuern deutschen Litteratur eine längere Abhandlung über das vorliegende Thema zu finden, ist mir nicht gelungen.

Gurlt macht in Eulenburgs Realencyklopädie darauf aufmerksam, dass in Folge von tuberkulöser Erkrankung der *Symphysis sacroiliaca* Spontanluxationen auftreten können.

In der Therapie, die seiner Meinung nach bei fortgeschrittenen Fällen wenig auszurichten vermag, beschränkt sich Gurlt auf Ruhigstellung und mässige Extension; auf durchbrechende Abszesse ist zu achten. Verfasser macht darauf aufmerksam, dass namentlich anfangs Verwechslung mit Coxitis möglich sei.

Von ausführlicheren Arbeiten möchte ich hier zunächst eine kleine Abhandlung von Wedemeyer erwähnen, welche derselbe in Gräfes Journal veröffentlicht hat. Dieselbe stammt zwar schon aus dem Jahre 1823, bietet jedoch durch eine Reihe gut beobachteter und beschriebener Fälle einiges Interesse. Schon Wedemeyer macht darauf aufmerksam, dass die Erkrankung der *Symphysis sacroiliaca* gar nicht selten ist, in der Litteratur jedoch fast gar keine Beachtung finde, wohl häufiger auch nicht richtig diagnostizirt würde. Verfasser geht sogar so weit, zu behaupten, dass es sich in vielen Fällen von *Ischias* um eine chronische Entzündung der Knorpelbandmassen der *Symphysis sacroiliaca* handle. Die Krankengeschichten in ihrer ganzen Ausdehnung zu bringen, würde hier zu weit führen, ich begnüge mich daher mit Hervorhebung der wichtigsten Punkte. Von den 7 Fällen betrafen 3 Männer, 4 Frauen. Der jüngste Patient war 19 Jahre, die älteste Patientin 72 Jahre alt. Als Symptome fand Wedemeyer reissende Schmerzen im entsprechenden Bein, namentlich im Verlauf des *ischiadicus*, Schmerzen im Kreuz und Druckschmerz in der Symphysengegend; der Gang war hinkend. Vorsichtige passive Bewegungen im Hüftgelenk schmerzlos. Die Abscesse verliefen meist zwischen *Glutacus maximus* und *medius*, durch die *incisura ischiadica major* zur Innenseite resp. direct zur Aussenseite des Beckens. Ein Abscess verlief längs der *Psoas* nach dem *Acetabulum*, einer neben dem *Os coccygis*. Zweimal fanden Durchbrüche in den Mastdarm, in einem dieser Fälle gleichzeitig Durchbruch in die Scheide statt. Zweimal waren beide Seiten der Beckenwand erkrankt, in den übrigen Fällen die Innenseite. Als Aetiologie giebt Verfasser meist Sturz auf das Gesäss an; einmal soll Erkältung durch zu frühes Aufstehen im Wochenbett die Ursache gewesen sein. Von den 7 Fällen genas einer nach Durchbruch des Eiters in den Mastdarm spontan, wie Verfasser selbst schreibt, zu seiner grössten

Verwunderung. Alle übrigen gingen „hektisch“ zu Grunde. In vier Fällen wurde die Section gemacht.

Aus der vorantiseptischen Zeit liegt mir ferner eine Dissertation von Hahn aus dem Jahre 1833 über die Sokrocoxalgie vor. (Unter diesem Namen hat Larrey zuerst über die tuberkulöse Erkrankung der *Symphysis sacroiliaca* berichtet). Schon dieser Verfasser unterscheidet eine primär ossale und eine primär chondrale Form und giebt an, dass diese Krankheit mit dem Pott'schen Uebel viel Gemeinsames habe. Verfasser bemüht sich sodann die Symptome in ein möglichst weit ausgebautes und streng schematisches System zu bringen und namentlich die Differentialdiagnose zu Coxitis scharf zu zeichnen. Die Therapie ist entsprechend den Hülfsmitteln der damaligen Zeit auf Ableitung und Ruhigstellung beschränkt. Hahn warnt vor comprimierenden Verbänden und will im Gegentheil das Gelenk möglichst entlastet wissen. Zum Schluss berichtet Hahn über drei von ihm behandelte Fälle, welche junge Leute im Alter von 19—23 Jahren betrafen und sämmtlich letal endeten. — 5 Jahre später erschien eine Dissertation über denselben Gegenstand ven Kroenig, welche im Wesentlichen mit der Hahn'schen Arbeit übereinstimmend, am Schluss 2 Krankengeschichten bringt. Es handelt sich um einen 30jährigen Mann und um einen 2jährigen Knaben. Bei ersterem wurde das Glüheisen angewendet, bei letzterem Bäder und Ruhe angeordnet. Beide sollen wesentlich gebessert entlassen worden sein, doch ist die Beobachtung zu kurz, der Endausgang nicht bekannt.

1865 erschien eine kurze, aber klare und übersichtliche Arbeit von Koch. Auch er beobachtet sehr exakt und trägt alles herbei zur Sicherung der Diagnose, um bei der Therapie zu bekennen: *instrumentis, autem chirurgicis auxilium ferre omnino non possumus.* Der von ihm beobachtete Fall, ein 12jähriges Mädchen, kam zur *Autopsie.*

Eingehender scheinen sich die Franzosen mit der chronischen Erkrankung der *Symphysis sacroiliaca*, oder wie sie dieselbe kurz bezeichnen, mit der *Sacrocoxalgie* beschäftigt zu haben. Ich verweise hier vor allen Dingen auf eine sehr ausführliche Dissertation von Provendier, in der sich auch ein umfassendes Litteraturverzeichniss der fran-

zösischen und theilweise auch der englischen Litteratur findet.

Als Prädilektionsjahre giebt Provendier die Zeit vom 20. bis 35. Jahr an. Die Affektion soll selten sein in der Jugend und im späteren Alter, was Verfasser mit den Verhältnissen des Knochenwachstums zu erklären sucht. Als ätiologische Momente führt Verfasser an: Traumen, ferner Skrophulose, Puerperalfieber, Gonorrhö, Rheumatismus, geschlechtliche Excesse. Besonders häufig sollen Kavalleristen und Artilleristen befallen werden. Die Symptome theilt Provendier ein in Schmerzen, Veränderungen am Becken, Veränderungen der unteren Extremität und Eiterung. Verfasser bespricht dann kurz die Differentialdiagnose zu einigen Erkrankungen dieser Gegend. Als ein hauptsächliches Kriterium gegenüber der *Femorocoxalgie* führt er das Alter an, indem diese hauptsächlich im Kindesalter und bis zum 20. Jahr auftritt, die Sakrokoxalgie in den oben erwähnten Prädilektionsjahren. Einen längern Abschnitt widmet der Verfasser der Therapie. Für die Anfangsstadien empfiehlt er Ableitung auf die Haut, Bäder, Compression und Extension. Einem energischen chirurgischen Eingriff sind die vom Verfasser citirten französischen und englischen Autoritäten meist abhold. Langier allein empfiehlt die breite Spaltung. Die neueren Autoren empfehlen Aspiration mit nachfolgender Injektion von Chlorzink, Jodtinktur oder Jodoformäther. Den Erfolgen der letzteren steht Verfasser sehr zweifelhaft gegenüber. Delens will nur operieren, um etwa einen Sequester zu entfernen, Péau, wenn Fieber besteht. Barker behauptet, dass nach Ausschabung des Knochens das Ende der Kranken beschleunigt worden sei. Verfasser empfiehlt gestützt auf die Antisepsis ein energisches Eingreifen: Spaltung und gründliche Ausräumung der Abszesse. Als Contraindikation sieht er nur allzu ausgedehnte cariöse Zerstörungen oder allgemeine tuberkulöse Erscheinungen an. Als Zeitpunkt der Operation empfiehlt Provendier denjenigen, in dem bereits unwiederherstellbare Gewebszerstörungen vorliegen und Eiter und käsige Massen sich bereits angehäuft haben. Verfasser warnt ausdrücklich vor zu frühzeitigem operativem Eingreifen. Am Schluss seiner Arbeit bringt Verfasser 5 Krankengeschichten, mit denen er seine Behauptungen zu stützen sucht. Von

den 6 veröffentlichten Fällen sind 2 geheilt, 2 gebessert, 2 ungeheilt, ein Resultat, das man im Vergleich mit denen der übrigen Litteratur als gut bezeichnen kann, zumal es sich um schwere, fortgeschrittenere Fälle handelt. Besonderes Interesse bietet die 4. Veröffentlichung, sodass ich dieselbe hier kurz wiedergeben möchte. Patient kam mit einem ungeheuren Abscess, der sich vom Becken bis dicht an die Kniekehle erstreckte, in die Behandlung. Der Abscess wurde durch einen 40 cm langen Schnitt gespalten, die *Symphysis sacroiliaca* freigelegt. Dieselbe fand sich völlig cariös zerstört und wurde gründlich ausgeräumt, ebenso wie die Abscesshöhle. Da nach 3 Monaten noch immer eine Fistel bestand, wurde die Symphyse nochmals freigelegt. Der Finger gelangte durch die Symphyse in's Beckeninnere, in eine Abscesshöhle. Führt man den Zeigefinger der andern Hand in's Rektum, so kann man erstere bequem abtasten. Die Abscesshöhle wurde mit dem Finger möglichst ausgiebig ausgeräumt, ein Drain eingelegt und genäht. Nunmehr wurden in die Höhle Injektionen gemacht mit Jod, flüssigem Styrax und Jodoformäther. Die Abscesshöhle verkleinerte sich, nach weiteren 3 Monaten war Heilung eingetreten.

In seinem Lehrbuch über topographische Anatomie, welches reichlich mit chirurgischen Betrachtungen durchsetzt ist, schreibt Tillaux etwa Folgendes: Das Sakroiliakalgelenk kann der Sitz einer akuten oder chronischen Entzündung werden; zuweilen vereitert es; die Knorpel werden zerstört, die Knochen werden kariös und nekrotisch, wie bei den gewöhnlichen tuberkulösen Erkrankungen und man bezeichnet diese Erkrankung dann als Sakrocoxalgie, wie sie Larrey benannt hat.

Die Sakrocoxalgie ist durch einen mehr oder minder heftigen Schmerz charakterisirt, der seinen Sitz in der Höhe des Gelenks hat und meistens in das Becken oder die entsprechende untere Extremität ausstrahlt im Verlauf des *nervus cruralis* oder *ischiadicus;* dieser Schmerz wird gesteigert durch Druck auf die Gegend der *spina iliaca posterior* und *superior;* in gleicher Weise wird er hervorgerufen, oder bedeutend verstärkt, wenn man mit voller Hand die beiden *osses iliaci* ergreift und sie einander zu nähern versucht. Sitzen und Stehen, das einen Druck auf das Gelenk bedingt,

ist unerträglich. Die Kranken suchen liegende Stellung einzunehmen.

Im Gegensatz zur Femorocoxalgie befällt die Sakrocoxalgie keine Kinder. Zwischen dem 20. und 35. Jahr kommt sie am häufigsten vor, und ich füge hinzu, dass sie unendlich viel seltener ist, als die Coxalgie. Die Schwangerschaft ist das wichtigste ätiologische Moment für diese Erkrankung, aber ich glaube, dass ausserdem die Blenorrhö häufig als Ursache anzusprechen ist.

Häufig sieht man sich Congestionsabscesse entwickeln. Sie nehmen meist die hintere Oberfläche ein. Sie liegen zuerst in der Tiefe und bleiben lange durch die mächtigen aponeurotischen Flächen begrenzt, welche die Lumbalaponeurose bilden. Auf die Dauer können sie sich in das Gesäss ausbreiten und später einen Herd unter der Haut bilden. In gleicher Weise kann sich der Abscess nach den Vorderseiten entwickeln. Er hat dann seinen Sitz in der innern Darmbeingrube hinter den abgehobenen *musculi iliaci*. Dieser zweite Herd ist durch die *fascia iliaca* zusammengedrückt und bleibt eine Zeit lang örtlich begrenzt; schliesslich erreicht er indessen meistens den Oberschenkel oder die Beckenhöhle, indem er denselben Weg einschlägt, wie die von der Wirbelsäule ausgehenden Abscesse. Wiewohl die vordern und hintern Herde, wenn sie gleichzeitig bestehen, demselben Krankheitspunkt entstammen, und gewöhnlich mit einander in Verbindung stehen, so ist das Gelenk doch so dicht, dass es nicht gelingt, die Flüssigkeit von einer Abscesshöhle in die andere zu bringen.

Wenden wir uns nun der englischen resp. der amerikanischen Litteratur zu, so finden wir zunächst eine Abhandlung von van Hook, betitelt: *Tuberkulosis of the sacroiliac joint*. Ich gebe dieselbe hier wieder nach dem Referat von Bessel-Hagen. Nach den statistischen Erhebungen des Verfassers bildet irgend eine Verletzung die häufigste Gelegenheitsursache für die tuberkulöse Erkrankung der *Symphysis sacroiliaca*, auch sah man das Leiden öfters bei Frauen im Wochenbett entstehen. Meist fiel der Beginn in das Alter von 15—25 Jahren. Zur Abscessbildung war es unter 59 Fällen 38 mal gekommen. — Die Abscessbildung in der Nachbarschaft der Synchondrose konnte entweder an der Innenseite oder der Aussenseite des Beckens

ihren Ausgang nehmen. Jenes kam nach einer tabellarischen Zusammenstellung des Verfassers in 61,8 %, dieses in 38,2 % der Fälle vor. Die an die Aussenseite des Beckens tretenden Abscesse kamen zumeist unmittelbar hinter der Synchondrose an der Oberfläche zum Vorschein, nur wenige suchten in der Glutealregion oder weiter aufwärts in der Lumbalgegend die Haut zu durchbrechen. Von den anderen, an der Innenseite des Beckens sich bildenden Abscessen folgen viele dem Verlauf des *Musculus iliopsoas*, einzelne gelangten in der Lumbalgegend nach aussen, andere durch das *foramen ischiadicum* in die Glutealregion und an die Hinterseite des Oberschenkels, und wieder andere zum Mastdarm abwärts, um schliesslich in den Darm, am After oder Damm zum Durchbruch zu kommen. Nach diesen Erfahrungen werden sich in jedem Einzelfalle die Beziehungen der Abscesse zum Becken mit Leichtigkeit feststellen lassen. Während die von aussen die *Synchondrosis sacroiliaca* deckenden Abscesse stets in unmittelbarem Zusammenhange mit derselben stehen und ebenso die Abscesse der *fossa iliaca*, die am Oberschenkel, in dem Mastdarm, in dem After oder am Damm durchbrechenden Eiterherde ausnahmslos von der Innenseite der Synchondrose ihren Ausgang nehmen, können in der Lumbalgegend und in der Glutealgegend hervortretende Abscesse sowohl von der Aussenseite als auch von der Innenseite des Gelenks herkommen; allein im ersteren Fall lässt sich dann ein unmittelbarer Zusammenhang des Abscesses mit den äusseren Partien der Synchondrose unschwer nachweisen, im zweiten nicht.

Verfasser empfiehlt Eröffnung der Abscesse mit Entfernung der erkrankten Knochenpartien, in dem man bei extrapelvikalen durch Einschnitt oberhalb der Synchondrose eventuell durch Abmeisselung der *spina posterior superior ilei* den Abscess eröffnet und drainirt. Sind beide Seiten der Beckenwand ergriffen, so ist zunächst der äussere Abscess in Angriff zu nehmen und durch Meisselung eines Kanals quer durch die Synchondrosis dem auf der Innenseite befindlichen Eiter Abfluss zu verschaffen. Hat noch keine Abscessbildung stattgefunden, so empfiehlt Hook Ruhigstellung des Gelenks und Ableitung durch Hautreiz, Jodtinkturpinselung oder Kauterisation.

Eine kurze Betrachtung widmet ferner A. Sayre

unserm Thema in seinem Lehrbuch über orthopädische Chirurgie und Gelenkkrankheiten. Er eröffnet dieses Kapitel mit der charakteristischen Ueberschrift: „Krankheiten, welche Gelenkerkrankungen vortäuschen.“ Als hauptsächlichstes ätiologisches Moment bezeichnet er Verletzungen, die durch Einwirkung stumpfer Gewalten entstehen. Als Symptome giebt er an: Beschwerden beim Urinieren, trägen Stuhlgang, Schmerzen in den Gedärmen. Im weitern Verlauf treten Schmerzen beim Gehen auf. Auch Druck auf den *trochanter major* ist schmerzhaft, weil derselbe durch das *Ileum* auf die von der Krankheit ergriffenen Theile fortgeleitet ist. Zur Feststellung der Diagnose empfiehlt Sayre die Schaufeln des *os ilei* zu fixiren. Werden alsdann Bewegungen im Hüftgelenk ausgeführt, so empfindet Patient keine Schmerzen, während Druck auf die Schaufeln des *os ilei* oder directer Druck auf die Symphysengegend äusserst schmerzhaft empfunden wird. Beim Gehen und Stehen beugt Patient den Körper nach der gesunden Seite, um durch das Gewicht des Beines der erkrankten Seite eine Extension zu bewirken und das Gelenk zu entlasten. Als Behandlung empfiehlt er Ruhe, Extension und Contraextension und redet der Anwendung des Glüheisens als Derivans sehr warm das Wort. In fortgeschrittenen Fällen spaltet er breit und kratzt die erkrankten Partien aus. Im Anschluss hieran bringt Sayre eine Krankengeschichte, welche jedoch nur das Charakteristische hat, dass Patient vorher 2 Monate als an Coxitis erkrankt behandelt worden ist, so dass ich dieselbe an dieser Stelle übergehen kann.

Zum Schluss dieses Teiles meiner Arbeit citire ich einige kleinere Beobachtungen. Heath beobachtete 3 Fälle von Entzündung der *Synchondrosis sacroiliaca*. In allen kam es zur Abscessbildung. Der Eiter wurde asspiriert: zwei Patienten wurden geheilt, einer befand sich noch in Behandlung. Zur Immobilisirung empfiehlt Heath eine Bandage, die aus zwei Pelotten (ähnlich grossen Bruchbandpelotten) besteht, welche über das *os pubis* zu liegen kommen und von denen cirkulär verlaufende Gurte um das Becken gehen, die die erkrankten Flächen gegen einander drücken und Bewegungen der Beckenknochen verhüten sollen. Perinealgurte verhüten das Hinaufgleiten des Apparats. (Derselbe hat grosse Aehnlichkeit mit einem doppelseitigen Bruchband).

Bird spricht über die von ihm als selten anerkannte Erkrankung der *Synchondrosis sacroiliaca*; ihre Ursachen sind Vorgänge bei der Geburt: „Skrophulöse Diathese“. Traumen. Sarkome der Nachbarknochen. Als Symptome werden angeführt dumpfer, über das ganze Becken und das *nervus ischiadicus* Gebiet verbreiteter Schmerz, ein Gefühl von Unsicherheit, als ob der untere Theil des Rückens nachgeben wollte, ein Gang, ähnlich dem bei einseitiger congenitaler Hüftgelenksluxation, zuweilen Beschwerden beim Urinlassen und beim Stuhlgang. Schwellung an der Aussenseite des Gelenks. Abscesse in das Acetabulum oder in die Analgegend durch, oder folgend dem *musculus pyriformis*. Die Unterscheidung von Coxitis kann durch sorgfältige Untersuchung des Hüftgelenks getroffen werden, eventuell durch Palpation vom Rectum aus. — Die Behandlung besteht im Anfang in Ruhe und Ableitung, später in Eröffnung des Abscesses oder der Knochenherde nach allgemeinen Regeln.

Gant berichtet über eine Abscessbildung über dem *os sacrum* nahe der Mittellinie. Prominenz der *spina anterior superior*. Auf der erkrankten Seite unsicheres Gefühl im Kreuz; anscheinende Verlängerung des Beines auf der erkrankten Seite. Die Abscesse führen zu den artikulierenden Flächen.

Die erkrankten Stellen werden ausgekratzt. Heilung.

Ich lasse nunmehr die einschlägigen Krankengeschichten folgen:

In einem Aufsatz: „Ueber einige Erkrankungen der Beckensymphysen in Schwangerschaft, Geburt und Puerperium“ veröffentlicht Golvagni neben einer Reihe von eitrigen Entzündungen der Symphysen auch einen von ihm selbst beobachteten Fall von Tuberkulose:

20jährige Bäuerin. Seit einigen Jahren Schmerzen im Knie. — Am 8. Tag nach der Geburt stärkere Schmerzen im rechten Bein. Einen Monat später findet sich ein auf Druck schmerzhafter Punkt in der *Symphysis dextra*. Nach 2 Monaten Symptome von Lungentuberkulose. Eiteriger Ausfluss aus den Genitalien. Ueber der Symphyse kleine

fluktuierende Geschwulst, welche schon in der folgenden Woche spontan verschwindet. Nach 14 Tagen Tod.

Sektion ergab tuberkulöse Erkrankung der Lunge und des Geschlechtsapparates. Entsprechend der *Symphys. sacroil. dextra* verläuft eine 3—4 cm breite Rinne. Bänder mit Ausnahme des *lig. ileo-lumbare* zerstört. Abscesse verliefen 1. über die 3 obersten Wirbelkörper des *os sacrum*, ferner längs des *musc. pyramid.* zur *incisura ischiadica* und ins Gesäss. 2., grösserer Abscess unter der Aponeurose des grossen Rückenmuskels. 3., kleiner Abscess im Verlauf des *lig. ilco-sacrale*. Pfanne und Schenkelkopf der rechten Seite waren durch alte Coxitis missformt.

Charon: Tumeur blanche de l'articulation sacroiliaque: 7jähriger Knabe, marastisch. Beginn des Leidens vor 2 Jahren nach Sturz von der Leiter. Bein und Becken wurden längere Zeit durch Verbände fixiert. Mehrere Abscesse brachen unterhalb des *trochanter major* auf. Albuminurie. 3 Wochen nach Aufnahme Tod. — Sektion ergab fungöskariöse Zerstörung der *Symphysis sacroiliaca dextra*. Fettige Degeneration der Glutäen und des Psoas.

Bericht über die chirurgische Abtheilung des jüdischen Krankenhauses zu Berlin für den Zeitraum vom 1. Januar 1873 bis 1. Oktober 1875 von Dr. J. Israel.

Entzündung der *Symphysis sacroiliaca* 2 Fälle:

Fanny Löwenstein, 20jähr. hysterisches Mädchen, früher scrophulös und rachitisch, hat im 8. Jahre ein Knochenleiden an der linken *Symphysis sacroiliaca* überstanden, wovon Knochennarben dieser Gegend zeugen. Infolge angestrengten Stehens während eines ganzen Tages bekam sie Schmerzen in der Hüftkreuzbeinfuge. Spontanschmerzen und Druckschmerzhaftigkeit in sehr wechselnder Höhe: Druck auf die Symphysengegend durch die Bauchdecken hindurch schmerzhaft. Passive Bewegungen in der Hüfte frei, werden in der Symphyse schmerzhaft empfunden. Später gesellt sich Druck und Spontanschmerz der Lendenwirbelsäule hinzu mit neuralgischen Leibschmerzen und Hyperalgesie der Bauchhaut. Zu keiner Zeit lokal eine Schwellung oder Rötung wahrnehmbar. Temperatur grösstentheils leicht

intermittierend febril. Dauer des Leidens 27 Monate. Ausgang in Heilung nach Anlegung von Fontanellen. Salzbäder. Soolbäder, innerlichem Gebrauch von Eisenwässern.

Charlotte Weidner, 26 Jahre, aus tuberkulöser Familie, mit Katarrh der rechten Lungenspitze und einem Abscess über der linken *Symphysis sacroiliaca*, zeigt dieselben klinischen Symptome wie der voraufgehende Fall. Wiederholte Aspiration, Jodpinselung, Compression führten zur Resorption des Abscesses. Applikation des Glüheisens. Salzbäder, tonisierende Behandlung, Milchkur, zur Heilung des Leidens nach 25 monatlichem Bestehen.

Charité Annalen Zwickes Bericht:

Caries ossis ilei et symphys. sacroiliacae sinistr.

Der 41 jähr. Patient, vorher stets gesund, fiel 7 Wochen vor seiner Aufnahme von einer Leiter aus geringer Höhe auf die linke Gesässhälfte. Bald darauf stellten sich täglich zunehmende Schmerzen in der Gegend des linken Sitzknorrens ein, welche das Gehen erschwerten und schliesslich ganz hinderten. Als Patient Ende August 1880 sich vorstellte, war Druck auf die linke Inguinalgegend und die Umgebung des Hüftgelenks sehr schmerzhaft. Bei Rückenlage hielt Patient das Bein im Knie und Hüftgelenk gebeugt, während das rechte Bein gestreckt lag; aktive und passive Bewegungen waren in Hüft und Kniegelenk frei und in geringem Grade ausgeführt nicht schmerzhaft; ausgiebigere Bewegungen verursachten Schmerzen in der linken Hüfte. Die inneren Organe des Patienten waren anscheinend gesund; indessen bestand Temperaturerhöhung. 38, 2. — Patient wurde zunächst lokal mit Eis und einem Streckverband behandelt. Die andauernd heftigen Schmerzen verlangten die Darreichung von Morphium. Nach Ablauf von 14 Tagen, während welcher Zeit intermittierendes Fieber bestand, die Abendtemperaturen dauernd bis 38.9 und 39.4 erhöht waren und mehrfach leichte Frostanfälle mit nachfolgendem Hitzegefühl aufgetreten waren, machte sich eine ödematöse Schwellung über der linken *Symphysis sacroiliaca* bemerkbar, aus welcher sich innerhalb 8 Tagen ein deutlicher Abscess

entwickelte. Gleichzeitig trat eine deutlich fluktuierende Geschwulst in der linken Inguinalgegend auf. Die Schmerzen hatten ihren hauptsächlichsten Sitz im linken Sitzknorren und die Kräfte des Patienten waren bereits sehr erschöpft. Morgentemperatur normal, Abendtemperatur 38.8—39.3. Wiederholung des Frostgefühls. Aus den beiden Abscessen wurde durch Incision etwa 1000 ccm eines dünnflüssigen, sanguinolenten Eiters entleert. Eine Kommunikation beider Abscesshöhlen war nicht zu konstatieren; indessen gelangte von der hintern Incisionswunde aus der Finger auf die rauhe Oberfläche der Darmbeinschaufel. Zum freieren Abfluss des Eiters aus der vorderen Abscesshöhle wurde am Darmbeinkamm eine Gegenöffnung angelegt. Bei der sodann folgenden Ausspülung der Höhle kamen ältere Blutcoagula in reichlicher Menge zum Vorschein. — Drainage, Chlorzinkjuteverband. — Während der beiden nächsten Tage waren die Schmerzen wesentlich geringer, die Temperatur normal, der Urin wie bisher frei von Eiweiss; das Allgemeinbefinden relativ gut. Bald darauf aber trat Dekubitus am *os sacrum* auf, gleichzeitig aber fing Patient an über heftige Schmerzen im linken Knie zu klagen, welches innerhalb 8 Tagen mässig anschwoll. Abendtemperaturen 38.2—38.8. Puls 80—88. Die Punktion entleerte Eiter in grosser Quantität; nach weiteren 8 Tagen hatte sich unter heftigen Schmerzen Fluktuation im rechten Knie ausgebildet, aus welchem durch Punktion eine beträchtliche Menge serösen Eiters entleert wurde. Eine zweite Punktion des bisher im Gipsverband fixierten linken Knies, 14 Tage nach der ersten, entleerte wiederum eine reichliche Menge Eiter. Um die gleiche Zeit nahm das Sekret aus der Incisionsöffnung der Abscesshöhle eine fäkulente Beschaffenheit an, welche an der Bildung einer Sterkoralfistel keinen Zweifel liessen; die Untersuchung der Brust ergab ausserdem noch die Erscheinungen einer linksseitigen Pleuritis. Nach einem Krankenlager von etwa 8wöchentlicher Dauer starb Patient an Entkräftung, erschöpft durch lang dauerndes Fieber, die vielfachen Schmerzen und ausgedehnten Eiterungen. Die Temperatur hatte innerhalb der letzten 14 Tage sich meist innerhalb normaler Grenzen gehalten, nur selten am Abend 38—38.6 erreicht. Schüttelfröste waren nie vorhanden. Albuminurie wurde nicht konstatirt. — Bei der Sektion

ergab sich, dass die Darmbeinschaufel bis zur *Symphysis sacroiliaca* hin vom Periost entblösst ist, die Symphyse selbst zeigte eine Diastase mit Verschiebung in der Art, dass das *os sacrum* nach oben, die Darmbeinschaufel nach unten stand. Die Kotfistel hatte ihren Sitz in der *Flexura coli sinistra*.

Senkungsabscess in der Hüftbeuge 5 Fälle. — Bei zwei Individuen im Alter von 15 Jahren bestand spontan Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit in der Gegend der *Symphysis sacroiliaca*, sodass eine Entzündung derselben als ursächliches Moment angesprochen werden konnte: in beiden Fällen erfolgte innerhalb 4 Monaten Vernarbung. Stehen und Gehen waren unbehindert.

Der dritte Fall betraf einen 21jähr. Tischler, welcher angeblich bereits seit $2^1/_2$ Monaten unter Fiebererscheinungen bettlägerig war: in der linken Inguinalgegend befand sich eine bereits ausserhalb der Klinik mehrfach incidierte Abscesshöhle, welche sich sowohl in die Beckenhöhle, als auch nach dem Hüftgelenk hin erstreckte: die Bewegungen im Hüftgelenk, sowohl aktive als passive waren beschränkt und schmerzhaft. Erkrankungen der Beckenknochen konnten nicht konstatirt werden: dabei bestanden chronische Pleuritis, nächtliche Schweisse und kontinuierliches Fieber: trotz freien Abflusses des Eiters dauerten die hektischen Erscheinungen fort: die massenhafte Eiterung erschöpfte die Kräfte des Patienten. — Bei der Obduktion fand sich eine ausgedehnte Abscesshöhle in der linken Beckenhälfte: der *Musc. ileopsoas* war fast vollständig geschwunden, die *Symphys. sacroiliaca* durch Caries dergestalt zerstört, dass eine Diastase bestand, in welcher ein Finger bequem Platz fand: im linkem Hüftgelenk waren die Knorpelflächen des Gelenkkopfes und der Pfanne usuriert: Gelenkkapsel nicht perforiert, kein Durchbruch nach dem Becken. —

Caries ossis ilei mit Bildung eines Congestionsabscesses in der linken Schenkelbeuge bei einem 7jährigen Knaben. — Derselbe klagt angeblich seit 2 Monaten über Schmerzen im linken Bein, ohne jedoch zu hinken. — Druck auf die Wirbelsäule war an keiner Stelle schmerzhaft, dagegen äusserte Patient bei Druck auf die linke *Symphysis sacroiliaca* Schmerz. Nach Oeffnung des hühnereigrossen Abscesses in der linken Inguinalgegend wurden etwa 180 ccm guten Eiters entleert. Mit den Fingern konnte man an der linken

Darmbeinschaufel entlang bis zur *Symphysis sacroiliaca* vordringen und fühlte hier Rauhigkeiten. Nach 10 Monaten bestand noch eine eiternde Fistel.

24 Jahre altes Dienstmädchen: vor 3 Monaten Fall vom Fensterbrett auf die linke Hüfte. Seitdem Schmerzen, besonders beim Gehen. — Nach einigen Wochen Schwellung der Leistendrüsen links. Nach 3 Wochen tiefe Fluktuation. Eine Incision entleert dicken, krümlichen Eiter aus einer mit dicken Membranen ausgekleideten Höhle. Ein Ausgangspunkt der Eiterung war nicht zu finden. Allmählicher Kräfteverfall. Tod nach 8 Monaten. Obduction: *Caries* der linken *Symphys. sacroiliaca*, grosse Abscesshöhle am *Ileopsoas* nach oben und unten. Schwielige Verdichtungen und Verwachsungen der Organe im kleinen Becken. Amyloidentartung in Darm und Milz.

10 Jahre altes Mädchen, vor 5 Jahren Abscess hinter dem linken Trochanter und in der Gegend der linken *Symphys. sacroiliaca*. — An letzterer Stelle blieb eine stark eiternde Fistel-Erweiterung. Drainage. In den nächsten 3 Monaten noch 3 mal Evidement, wobei vom Kreuzbein und von dem hintern Theil der *Crista ossis ilei* kranke Knochenstücke mit Meissel und scharfem Löffel entfernt werden. Auch aus einer Gegenöffnung, welche $^1/_2$ Jahr später angelegt wurde, entleerte sich eine grosse Menge krümlichen Eiters. Von oben um die *Spina post. sup.*, von unten um die *Incisura ischiadica major* herum kommt der Finger in eine grosse auf der Innenfläche der Darmbeinschaufel gelegene Höhle. Tamponade, später Drainage. Die Oeffnungen verkleinern sich, waren aber noch nicht geschlossen, als das Kind 1 Jahr nach der Aufnahme auf Wunsch der Eltern entlassen wurde.

3 Jahre altes Mädchen, dem seit $^1/_2$ Jahr schon 2 mal Abscesse in der rechten Hüftgegend geöffnet waren, wurde mit einer faustgrossen fluktuierenden Schwellung in der Gegend der rechten *Symphys. sacroiliaca* und hohem Fieber aufgenommen. Die Incision führte in eine grosse Höhle, auf deren Grund man in die theils rauhe, theils erweichte Symphyse mit Finger und Sonde leicht eindringen konnte. Ausgiebige Ausräumung; Tamponade, später Drainage. Schnelle Besserung. Vollständige Heilung nach $4^1/_2$ Monaten.

25 Jahre alter Mann, bisher gesund, erkrankte vor 2 Monaten an reissenden Schmerzen im rechten Bein; vor einigen Tagen stellte sich eine schmerzhafte Schwellung über dem rechten Trochanter ein. — Die Incision führte auf eine rauhe Stelle an der *Symphysis sacroiliaca*. Tamponade. Drainage. Das Fieber schwand, der Patient erholte sich, verliess aber vor vollständiger Heilung nach 2 Monaten gebessert die Klinik auf Wunsch.

Bericht aus der von Langenbeck'schen Klinik von Krönlein. *Caries* des Beckens. *os sacrum* und der *Symphysis sacroiliaca*.

Wilhelm R., 38 J., Klempner, von phthisischen Eltern stammend, will bis zum Jahr 1869 stets gesund gewesen sein. Damals fiel Patient, auf den gefrorenen Boden ausgleitend, auf den Rücken und empfand sofort Schmerzen in der rechten Kreuzbeingegend, die nach einigen Tagen nachliessen. Im Jahre 1870 öffnete sich eine Hautstelle über dem Kreuzbein, schloss sich dann nach 8 Wochen wieder, um im Jahre 1874 auf's Neue aufzubrechen. Seither bestand fortwährend Eiterung aus der Fistel bis zum April 1875, wo Patient sich aufnehmen liess. — Es zeigte sich bei der genaueren Untersuchung, dass die Haut in der rechten Kreuzbeingegend weit unterminiert war, und ein langer Fistelkanal in der Tiefe auf rauhen Knochen führte, der dem Kreuzbein anzugehören schien. Die Behandlung bestand in Bädern und roborierender Diät. Nachdem sich am 27. Mai bereits ein kleines nekrotisches Knochenstück aus der dilatierten Fistel entleert hatte, begann in der folgenden Zeit die Eiterung reichlicher und übelriechender zu werden und Patient kontinuierlich zu fiebern; dabei klagte er über heftige Schmerzen in der rechten Beckenhälfte. Da alle diese Symptome den Verdacht einer Eitersenkung in der Beckenhöhle nahe legte, so wurde am 15. Juni die Fistelwunde ausgiebig erweitert und ein Theil der zerstörten und weithin cariösen *Symphysis sacroiliaca* mit Meissel und scharfem Löffel entfernt und dadurch der freie Eiterabfluss nach aussen ermöglicht. Indessen trat eine Remission des Fiebers und eine Besserung des Allgemeinzustandes nicht ein. 9 Tage später *exitus* an Pyämie.

Die Sektion ergab eine vollständige cariöse Zerstörung der *Symphysis sacroiliaca dextra* und der angrenzenden Theile des Darm- und Kreuzbeins, ausserdem reichliche periostitische Auflagerungen auf der Innenseite der Darmbeinschaufel neben nekrotischen Knochenstellen. Sowohl im rechten *musc. psoas* selbst, als auch zwischen ihm und den Beckenknochen fand sich eine grosse Eitersenkung. In Lunge und Milz zahlreiche embolische Infarkte.

Emil Sch., 28 Jahre, Apotheker, stammt aus tuberkulöser Familie: Mutter und Bruder sind an Phthisis gestorben: er selbst hat den ausgesprochensten phthisischen Habitus; doch sind von Seiten der Lungen keine objektiven Krankheitssymptome nachzuweisen. Seit 1 Jahr leidet Patient an Schmerzen in der Gegend der rechten Kreuzdarmbeinfuge; später bildete sich in dieser Gegend ein grosser Abscess unter der Haut, der am 10. Januar 1876 ausserhalb eröffnet und drainirt wurde. Von diesem Moment an bestand profuse stinkende Eiterung, welche den Kranken bewog, am 8. Februar 1876 die Klinik aufzusuchen. Nachdem daselbst die kleinen ungenügenden Incisionswunden dilatiert und drainiert worden waren, überzeugte man sich von einer ausgedehnten cariösen Zerstörung der rechten Darmbeinschaufel und der angrenzenden *Symphysis sacroiliaca*. - Vollbäder. Eisen und möglichst kräftige Nahrung. Während der klinischen Behandlung verschlechterte sich der Allgemeinzustand zusehend. Im Juni enthielt der Urin massenhaft Eiweiss und ergiebt die Untersuchung der Brust eine ausgedehnte Infiltration der rechten und Spitzeninfiltration der linken Lunge. Leber und Milz sind bedeutend vergrössert. — Bald darauf stellen sich profuse Diarrhöen ein und am 3. August 1876 geht Patient an Erschöpfung zu Grunde. Sektion verweigert.

Im Folgenden bringe ich die von Herrn Geheimrath Küster beobachteten und behandelten Fälle:

Küster: Fünf Jahre im Augustahospital. Caries der *Symphysis sacroiliaca*. Zerstörung des Hüftgelenks. Senkungsabscess am Oberschenkel. Tod an Albuminerie.

August Steinberg, 46 Jahre, Dreher.

Aufgen. 14. 10. 1875. Bekam vor $^5/_4$ Jahren beim Tragen einer schweren Last plötzlich heftige Schmerzen im Kreuz und konnte bald nachher nicht mehr gehen. Seit 5 Monaten ist er bettlägerig. —

Colossaler fluktuierender Abscess an der vorderen inneren Seite des rechten Oberschenkels. Oedem der Füsse. Albuminurie. 18. 10. Incision. Entleerung gewaltiger Mengen eines flockigen Eiters. Antiseptischer Verband. Tod an Erschöpfung am 27. 11.

Sektion: Der primäre Erkrankungsherd scheint die rechte *Symphysis sacroiliaca* gewesen zu sein. Dieselbe ist völlig zerstört, so dass nur am äussern Umfange noch geringe Knorpelreste vorhanden sind. Der Symphysenanteil des Darmbeins ist in eine tiefe, vielbuchtige, unregelmässige Höhle umgewandelt, in deren Grunde lose, nekrotische Knochenstücke liegen. Im Grunde der Höhle ist eine groschengrosse Perforation nach der Aussenfläche des Darmbeins. — Von diesem primären Herde haben Senkungen nach drei Richtungen stattgefunden:

a) nach hinten und unten an der Hinterfläche des Kreuzbeins, welche ebenfalls rauh ist und wo sich ein mit Knochentrümmern vermischter Abscess findet.

b) nach vorn und unten mittelst eines feinen Ganges längs des Psoas, in welchem sich ebenfalls eine missfarbige Eiterhöhle befindet, über den horizontalen Ast des Schambeins hinweg an den Oberschenkel,

c) von der Perforationsstelle der Darmbeinschaufel aus, längs der Aussenseite des Darmbeins nach dem Hüftgelenk und sekundäre Beteiligung des letzteren. Die ganze Umgebung der Pfanne ist mit mächtigen, lockeren Osteophyten besetzt, die Pfanne von vorne nach hinten erweitert, rauh, im Grunde nur durch eine papierdünne Platte gebildet. Schenkelkopf rauh, zum grössten Theil zerstört; auf dem Durchschnitt finden sich im Kopfe 2 gelbe, käsige Herde. Knochenmark gallertartig. Die Weichtheile des ganzen Oberschenkels sind von zahlreichen Abscessen durchsetzt, welche alle einen krümlichen, sandigen Eiter enthalten. — Lungen beide adhärent mit alten peribronchitischen Verdichtungen

und einer bronchektatischen Höhle in der linken Spitze. Nieren amyloid entartet zeigen Jodreaktion.

E. Küster: Ein chirurgisches Triennium: *Caries ossis sacri et symphys. sacroiliacae.* Meisselosteotomie. — Ungeheilt.

Alma Bock, 11 Jahre, Colonistentochter. Aufgen. 25. 7. 1876. aus gesunder Familie stammend, bemerkte zu Ostern dieses Jahres eine Anschwellung in der Lendengegend. welche allmählich schmerzhaft wurde; später begann sie zu hinken und verbreitete sich die Anschwellung über das Gesäss bis gegen den Oberschenkel. Am 15. Juni wurden 2 Einschnitte hinter dem *trochanter major* und nahe der *spina posterior superior* gemacht und Eiter entleert. Bei der Untersuchung fand sich. dass ein grosser Abscess. welcher incidiert wurde. durch das *foramen ischiadicum majus* hervorgekommen war. Bei Verfolgung eines in der Tiefe der Höhle gelegenen Ganges stiess man auf den rauhen rechten Seitenrand des Kreuzbeins. Auslöffelung und Abmeisselung. Drainage. Zwei weitere Abscesse wurden in der Gegend des rechten Hüftgelenks eröffnet. Sehr langsam wurde das Kind fieberfrei und begann sich zu erholen; doch gelang es nicht. die Fistel. welche auf das Kreuzbein führte. zum Schluss zu bringen. vielmehr griff der Prozess noch mehr nach der Vorderfläche um sich und wurde Patient am 4. 9. 1877 ungeheilt entlassen mit bereits bestehender Albuminurie. Ist am 27. 12. 1877 gestorben. Dauer des Leidens $1^3/_4$ Jahr.

Caries am Kreuz und Darmbein in der Umgebung der *Symphysis sacroiliaca sin.* sowie der Lumbalwirbel. Meisselosteotomie des Kreuzbeins. Ungeheilt.

Carl Weinrauch. 24 Jahre. Schlächter. aufgenommen den 26. 1. 77. — Ueberstand im Jahre 1872 einen nur 8 Tage dauernden Gelenkrheumatismus. Im Jahre 1873 bildete sich eine faustgrosse Geschwulst in der Gegend der letzten Brustwirbel. handbreit links von der Wirbelsäule. Derselbe wurde incidiert. ziemlich viel Eiter entleert und heilte dann langsam aus. Im März 1875 bekam Patient Steifigkeit und Schmerzen in der linken Hüfte. wegen deren er 5 Monate in einem Krankenhause zubrachte. Er arbeitete dann wieder. bis er jetzt durch die alten Symptome von

Neuem wieder ins Krankenhaus geführt wurde. Fluktuierender Abscess in der linken Gesässgegend, mit pyogener Membran ausgekleidet, wurde incidiert und drainirt. Keine Heilung.

Späterhin ergab sich, dass die *Symphysis sacroiliaca sinistra* erkrankt sei und wurde deshalb ein grosses Stück des Kreuzbeins mit dem Meissel fortgenommen. Dann bildete sich ein Abscess am linken, später auch am rechten Poupart'schen Bande. Patient, welcher vollständig dem Morphinismus verfallen war, wurde dieser Leidenschaft wegen am 12. 11. 77 entlassen und starb im Januar 1878 sehr plötzlich im Siechenhaus. — Dauer des Leidens 5 Jahre.

Caries necrotica am Kreuzbein? Incision. Heilung.

Alexander G., 4 Jahre. Aufseherssohn. Aufgenommen 23. 7. 78. war bis Ostern 1878 gesund, zu welcher Zeit die Mutter eine Schwellung in der Gegend der rechten *Symphysis sacroiliaca* bemerkte. Schmerzen waren nie vorhanden. In dem fluktuierenden Tumor fühlt man deutlich einen beweglichen bohnengrossen Körper. Die Incision entleert bröckeligen Eiter nebst einem losen Sequester. Ausgang nicht aufzufinden. Mit Fistel entlassen am 26. 7. Wird am 21. 8. geheilt vorgestellt.

Augusta-Hospital 1883.

Caries pelvis.

Kühnemann, Dorothea, 28 Jahre. 14. 3. 83 Patientin, sonst stets gesund, hat vor etwa 2 Jahren eine schwere Geburt durchgemacht und war im Anschluss daran lange krank.

Vor ca. 4 Monaten fing die jetzige Krankheit an mit Reissen im linken Bein, es bildete sich ein Abscess am Rücken, der aufging; seitdem besteht daselbst eine Fistel.

Status: Elende, sehr heruntergekommene Frau; geringes Fieber, kein Husten. Uterus normal, frei beweglich, Parametrien frei. In der Mitte des Kreuzbeins eine kleine Fistel, aus der sich mässiger nicht riechender Eiter entleert; die Sonde kommt auf die blosliegenden Knochen.

17. 7. 83. *N. op.* Spaltung der Fistel; nachdem die tuberkulösen Abscessmembran ausgeschnitten, kommt man

erst nach unten zu und nach links auf den eigentlichen cariösen Herd an der linken Seite des Kreuzbeins in der Gegend der *Symphysis sacroiliaca*. Von hier führt ein Gang durch schwammige Granulationen in die Tiefe nach der *Incisura ischiadica*; nachdem daselbst die cariösen Partien ausgemeisselt, kommt man an die Innenseite des Beckens. Von daher entleert sich dicker Eiter; zur selben Zeit erfolgt aber eine heftige Blutung, möglicher Weise aus der *Arteria ischiadica*, die nicht anders als durch Tamponade gestillt werden kann. Jodoformgaze-Tamponade. Holzwolle-Salicyl-Watte-Verband. Die Blutung stand nach dem Verbandwechsel nach 24 Stunden vollkommen; ein neu entdeckter Eitergang wird breit gespalten. Jodoformgaze-Holzwolleverband. Langsames Siechtum. Heftige Diarrhöen. Tod.

Sektions-Bericht: Lungen beiderseitig mittelst lockerer Adhäsionen am Thorax festgelötet. Rechte Lunge durchweg im Zustand der *Peribronchitis nodosa*, keine grossen käsigen Herde, geringer Luft- und Blutgehalt; Linke Lunge blutleer, zeigt reichlich eingedickte käsige Herde, in den obern Partien Cavernen von geringer Ausdehnung. Milz und Nieren Ancyloid degeneriert.

Rechte *Symphysis sacroiliaca* ist in ganzer Ausdehnung kariös zerstört, klafft weit und von hier aus geht ein weiter Kanal nach hinten aussen, entsprechend der Incisionsöffnung.

Beckencaries. (Augustahospital 1888).

Engel, Marie, Wittwe, 78 Jahre.

Aufnahme 24. VII. 88.

Entlassen 17. IX. 88.

Patientin will früher stets gesund gewesen sein, hat nie gehustet, stammt aus gesunder Familie. Vor einem Jahr bekam sie heftiges Reissen in der Kreuzbeingegend, das sich im Winter 1887/88 aber wieder besserte. Vor 3 Monaten bekam sie nun an der Stelle, wo die Schmerzen früher gewesen waren, eine Beule, die immer grösser wurde; Anfang Juni ging dieselbe von selbst auf; es bildete sich eine Fistel, die seitdem fortwährend nässt.

Status: Alte, wenig kräftige Frau. In der Höhe der *Spin. sup. post.* eine Fistel mit eingezogenen Rändern, deren

Umgebung nicht aufgetrieben, aber leicht gerötet ist. Dieselbe führt wahrscheinlich in die *Symphysis sacroiliaca iliac.* auf harten, rauhen kariösen Knochen. Lungen gesund. Urin eiweissfrei. *N. Op.* Spaltung mit 6 cm langen schrägem Schnitt. Ausmeisselung. Die erkrankte Knochenstelle entspricht der *Symphysis sacroiliaca.* Es ist nicht sicher, ob die Fistel weiter ins Becken führt. Tamponade mit Jodoformmull.

12. VIII. Bei starker Sekretion und geringer Neigung der Wunde, sich zu verkleinern, befindet Patientin sich ganz leidlich; geht umher, Appetit gut.

17. IX. 88. Wunde sieht gut aus, wird auf Wunsch mit Verband nach Hause entlassen.

Beckencaries. Augustahospital 1889.

P o b s c h a l l. Robert, Schmied, 29 J.

Aufgenommen 30. VIII. 89, entlassen 20. XII. 89.

Anamnese: Patient will früher immer gesund gewesen sein und nie an Husten gelitten haben. Vor ca. 2 Jahren trat zuerst eine Anschwellung und Schmerzen in der Gegend des Kreuzbeins auf; es bildete sich dann allmählich ein Abscess, der im Mai dieses Jahres incidirt wurde. Es blieb eine Fistel, die langsam zuheilte, aber jetzt seit 8 Tagen wieder aufgebrochen ist.

Status: Wohl aussehender Mann. Ueber der linken *Symphysis sacroiliaca* in Entfernung von 8 cm 2 Fisteln, welche beide nach derselben Richtung auf cariösen Knochen führen. Urin eiweissfrei. Lungen gesund.

N. Op. Incision zwischen den Fisteln. Breite Bloslegung der hinteren Darmbeinfläche und der anstossenden *Symphysis sacroiliac.* Abhebelung des Periosts. Ausmeisselung einer cariösen Stelle. Orientirung sehr schwer. Gegenincision nach vorn vom Schnitt zur Freilegung einer mit tuberkulösen Granulationen erfüllten Höhle. Ausschabung. Tamponade mit Jodoformmull. Verband.

3. IX. Wunde sieht tadellos aus. Patient fiebert, hat frequenten Puls.

8. IX. Patient fiebert seit einigen Tagen hoch. Die linke Beckenschaufel ist ausgefüllt. In der Tiefe Fluktuation.

N. Op. Incision. Entleerung tuberkulösen Eiters. Man kommt zunächst auf keinen neuen Herd. Tamponade mit Jodoformmull. Verband.

Es werden alle 8 Tage Jodoformglycerineinspritzungen gemacht.

20. XII. 89. Die Wunden sind allmählich ausgeheilt. an der vorderen besteht noch eine kleine oberflächliche Granulationsfläche. Entlassen.

Caries synchondrosis sacroiliacae dextrae. Marburger Klinik 1890.

Herz, Helene. 13 Jahre alt.

Aufnahme 5. VI. 90.

Entlassung 4. IX. 90.

Anamnese: Patientin giebt an, vor ca. 3 Jahren Reissen im rechten Bein, jedoch nur bei Witterungswechsel, gehabt zu haben; das Gehen war dabei wenig behindert. Im Laufe des verflossenen Winters entstand eine allmählich immer grösser werdende Anschwellung ungefähr in der Mitte der rechten Darmbeinschaufel, die seit einigen Wochen aufgebrochen ist. Schmerzen waren keine damit verbunden, das Gehen nicht behindert. Der Appetit war vor dem Eintritt der Eiterung gut, später nur mässig.

Status: Ziemlich schwächliches Kind, die innern Organe bieten keine nachweisbaren Veränderungen. Etwa der Mitte der rechten Darmbeinschaufel entsprechend sitzt eine Fistel mit speckigem, nicht verhärtetem Rande. Sie führt nach hinten oben und unten in eine weite Höhle, die subkutan gelegen ist. Die Sonde trifft auf rauhen Knochen. Das Hüftgelenk ist nicht beteiligt. Schmerzen sind nicht vorhanden. Kein Fieber.

10. VI. Injection von 10 gr. 10%iger Jodoformemulsion.

11. VI. Gestern und heute Abend geringes Fieber, ohne nachweisbare Ursachen und Störung des subjektiven Befindens.

22. VI. 2. Injektion von 10 gr. Jodoformemulsion.
28. VI. 3. „ „ 10 „ „
1. VII. 4. „ „ 10 „ „

Das Allgemeinbefinden hat sich sehr gehoben. Die Fistel ist nicht mehr speckig wie früher. Die Eiterung jedoch noch dieselbe.

5. VII. 5. Injection.

9. VII. 6. „

12. VII. 7. „

16. VII. *Envidement* in Narkose.

Die Fistel nach hinten erweitert. Beim Ausschaben des *os sacrum* und der *synchondrosis* wird ein etwa bohnengrosser Sequester entfernt. Jodoformgaze-Tamponade.

22. VII. Starke Retention. Nähte weg. Drain eingelegt. 8. Jodoforminjection.

25. VII. Weniger Eiter. Die Wunde klafft grösstentheils. Ein ca. bohnengrosser Sequester wird entfernt. 9. Jodoformölinjection.

28. VII. Geringe Eiterung, aber schlaffe Granulationen. 10. Jodoformölinjection.

Das Drain wird weggelassen.

1. VIII. 11. Jodoforminjection. Patient steht auf.

6. VIII. 12. „

9. VIII. 13. „

12. VIII. 14. „

15. VIII. 15. „ Die Granulationen sind rein, sehen aber sehr schlaff aus.

18. VIII. 16. Jodoforminjection.

20. VIII. 17. „

23. VIII. 18. „

26. VIII. Die Höhle verkleinert sich, ist aber noch recht gross. Eiterung ziemlich bedeutend.

28. VIII. Energische Aetzung mit Lapis.

4. IX. Patient wird auf Wunsch zur weiteren Behandlung nach Hause entlassen.

Auf meine Anfrage theilte mir der Vater des Kindes mit, dass die Fisteln fast noch $^1/_2$ Jahr geeitert hätten, dann aber vollständig zur Verheilung gekommen sind. Es bestehen keinerlei Beschwerden mehr. Auf der erkrankten Seite ist das Bein eine Kleinigkeit verkürzt.

Kalter Glutealabscess. *Tuberkulose* der *Symphysis sacroiliaca*. Marburger Klinik 1892.

Fuchs, Sabine, 23 Jahre.

Aufnahme 25. I. 92. — Entlassung 14. II. 92.

Anamnese: Patientin giebt an, dass ihre Mutter mehrfach an Lungenentzündung und Husten gelitten habe. Sie selbst will früher immer gesund gewesen sein. Vor einem Jahre wurde ihr am Halse eine vereiterte Drüse aufgeschnitten. Gleichzeitig stellten sich Schmerzen in der untern Lendenwirbelsäule ein und Patientin fühlte Schmerzen beim Bücken. In letzter Zeit haben diese Beschwerden zugenommen, besonders das Bücken und das Hinabsteigen der Treppen ist erschwert. Seit 7 Wochen hat sich ganz allmählich eine wachsende Geschwulst in der rechten Hüftgegend ausgebildet, welche niemals Schmerzen verursachte. Wegen des jetzt sehr raschen Wachsthums der Geschwulst kommt Patientin in die Klinik.

Status: Sehr wohlgenährtes blühendes Mädchen mit starkem Fettpolster und gesunder Hautfarbe. Lungen gesund. Unterste Lendenwirbel und oberste Kreuzbeingegend druckempfindlich und schmerzhaft beim Bücken. Keine Prominenz. — Ueber der rechten Natesgegend bis herauf zur Darmbeinkammhöhe ein mächtiger fluktuirender Tumor, schmerzlos.

Diagnose: Tuberkul. Caries der *Sympyhsis sacroiliaca*. Senkungsabscess. Becken frei.

23. I. 92. *Op.* Punktion des Abscesses. Massenhafter Eiter, dünnflüssig, entleert sich.

Jodoformglycerininjection in die Höhle. Druckverband.

1. II. 92. Der Inhalt der wieder prall gefüllten Abscesshöhle hat sich plötzlich durch den Punktionskanal entleert. Verband.

10. II. Die Wundhöhlenwandung hat sich angelegt. Geringe Sekretion.

14. II. Mit kleiner Fistel entlassen. Zum Verbinden wieder herbestellt.

5. III. Wieder vorgestellt. Abscesshöhle völlig angelegt. Fistel verheilt.

Patientin theilte mir mit, dass die Fisteln vernarbt seien und keinerlei Beschwerden mehr beständen, die Heilung mithin vollständig und dauernd.

Tuberkulose des Kreuzbeins. Marburger Klinik 1892.

Dittmar, Peter, 48 Jahre.

Aufnahme 5. VII. 92.

Entlassen 6. VIII.

Anamnese: Patient hat vor zwei Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht, nach deren Ablauf eine bedeutende Einziehung der rechten Thoraxhälfte zurückblieb. Seit dem letzten Frühjahr bemerkt Patient beim Gehen eine Schmerzhaftigkeit in der Hüftgegend. Zugleich soll ein kleines Knötchen aufgetreten sein. Vor nunmehr 4 Wochen entstand eine Fistel, welche ziemlich viel Eiter entleert haben soll. Seit dieser Zeit sind die Beschwerden beim Gehen so gross, dass sich Patient nur noch am Stock mühsam bewegen kann. Patient hat beim Gehen Schmerzen in der Hüftgelenksgegend und auf der linken Seite des Knies. Der Vater ist vor langen Jahren an Auszehrung gestorben.

Status: Der Gang des Patienten ist schwerfällig. Das Becken steht links niedriger wie rechts. Auf der linken Seite am oberen Rand der Darmbeinschaufel mehrere blaue Flecke mit Fistelöffnungen, aus denen sich seröser Eiter entleert. Durch die Fistel zunächst des Kreuzbeins kommt man mit der Sonde weit unter die Haut und auf rauhen Knochen. An der Innenseite des linken Oberschenkels befindet sich unterhalb des *Anus* eine charakteristisch gelappte Narbe. Bei der Untersuchung *per rectum* fühlt man eine kleine Schwellung und eine geschwollene Lymphdrüse, in ihrer Lage der *Symphysis sacroiliaca sinistra* entsprechend.

Das Bein ist in Abduktionstellung fixiert und das linke Becken wird beim Gehen sehr geschont. Die passiven Bewegungen im Hüftgelenk sind vollständig frei.

Op. Schnitt über die Fistel. Ablösung der Weichtheile bis auf den cariösen Knochen an der *Symphysis sacroiliaca*. Ausschabung und Ausmeisselung der erkrankten Theile. Hautnaht. Einspritzung von Jodoformglycerin. Verband.

6. VIII. Entlassung gegen ärztlichen Rat: über dem Kreuzbein ist noch eine auf rauhen Knochen führende Fistel. Patient ist sehr elend. Wunde secerniert stark. Im Urin kein Eiweiss.

Patient ist am 4. Februar 1893 in seiner Heimath gestorben.

Tuberkulose der *Symphys. sacroiliaca*. Marburg. Klinik 1892.

Völker, Heinrich, 70 Jahre.

Aufnahme 24. X. 1892.

Entlassung 20. XII. 1892.

Anamnese: Vor ca. 2 Jahren begann Patient an ziemlich heftigen Schmerzen im Kreuz und rechten Bein zu leiden. Im vorigen Jahre bemerkte er in der Kreuzbeingegend rechts von der Wirbelsäule einen Knoten, der Ostern dieses Jahres aufging, von welcher Zeit an die obenerwähnten Schmerzen aufhörten. Es entleerte sich ständig eine eitrige Flüssigkeit. Da sich die Wunde nicht schloss, Patient ausserdem Schmerzen beim Gehen empfindet, suchte er die Klinik auf.

An Husten will Patient, abgesehen von Erkältung, nicht gelitten haben. Urin eiweissfrei.

Vor ca. 40 Jahren stürzte Patient vom Gerüst und zog sich eine Quetschung des linken Hodens zu, der dann später vereitert ist.

Hagerer Mann. Lungen gesund. Urin eiweissfrei. Gang normal. In der Gegend der *Symphysis sacroiliaca dextra* unterhalb der *spin. post. sup.* befindet sich eine tuberkulöse Fistel, welche reichlich Eiter entleert und eine Strecke nach den Glutäen hin sich fortsetzt.

N. op. Spaltung. Ein Fistelgang führt durch die Symphyse nach der Vorderseite des Beckens. Ausmeisselung. Es wird ein daumendickes Loch durch das Becken zwischen Kreuz- und Darmbein gemeisselt. Der *nervus ischiadicus* freigelegt. Es fand sich ein kleiner kariöser Herd an der Vorderseite der Symphyse. Tamponade.

28. XII. Entlassung. Das grosse gemeisselte Loch hat sich in eine kaum für den kleinen Finger durchgängige Fistel verwandelt. Keine tuberkulösen Granulationen: zur Poliklinik entlassen.

26. V. 93. Patient kommt wieder, weil die Fistel in der Heilung keine Fortschritte macht. Lungen. Urin normal. Fistel in demselben Zustand, wie bei der Entlassung, nur von tuberkulösen Granulationen überwuchert.

30. V. *N. op.* *Cauterisation* bis in die Tiefe.

5. VI. Klagt über Durchfälle. *Rad. colomb.* u. *opium.* — Den Durchfällen ist Blut beigemischt. Die Digitalexploration des Rektum ergiebt grosse flache Geschwüre.

Mit dem Mastdarmspekulum betrachtet, erweisen sich dieselben als exquisit tuberkulös.

28. VI. Die Geschwüre im Rektum sind grösser geworden. Die Fistel am Becken zeigt absolut keine Neigung zur Verheilung. Kräfte lassen nach. Um dem Kranken Erleichterung zu verschaffen, wird täglich ein Darmausspülung vorgenommen. Dieselbe besteht aus einer Salycilsäurelösung, der einige Tropfen *Tinct. opii* zugesetzt werden.

8. VII. Entlassung. *Status* wie am 28. VI. Verlässt die Klinik gegen dringenden ärztlichen Rath.

Patient ist in seiner Heimath gestorben.

Tuberculose der *Symphys. sacroiliaca.* Marburger Klinik 1893.

Rauch, Therese, 29 Jahre.

Aufnahme 31. V. 93.

Entlassen 9. VI. 93.

Anamnese: Patientin giebt an, dass ihr Vater schon seit langer Zeit viel an Husten leide, die Mutter mehrere Jahre nervenleidend gewesen sei.

Patientin selbst ist vor 5 Jahren augenleidend gewesen, indess hiervon nach ärztlicher Behandlung vollständig genesen. Vor 3 Jahren zog sich Patientin durch einen Fall auf's linke Bein eine nur anfangs schmerzhafte Schwellung des linken Knies zu, die ebenfalls durch eine Einreibung, ohne eine Beweglichkeitsbeschränkung zurückzulassen, ganz zurückging. Im Frühjahr 1892, desgleichen Herbst desselben Jahres machte Patientin Influenza mit Schmerzen in der linken Lendengegend und der linken unteren Extremität, besonders im Knie, durch. — Ende März dieses Jahres fiel es den Angehörigen der Patientin auf, dass die rechte Hüfte höher stand, als die linke; auch empfand Patientin bei Druck auf diese Gegend heftige Schmerzen, desgleichen geringe Schmerzen beim Bücken, keine beim Stehen, Gehen und Sitzen. Da sich der Zustand nicht besserte, kam Patientin hierher.

Seit Herbst vorigen Jahres will Patientin auch an Husten leiden und dann auch Schmerzen in der rechten Lendengegend haben, einmal auch Blut ausgeworfen haben.

Status: Untersuchung der Brust und Abdominalorgane ergiebt nichts Pathologisches. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Die Inspection resp. Palpation ergiebt eine geringe Rotation der Lendenwirbelsäule um ihre Längsachse nach rechts, der rechte Darmbeinkamm steht um 1 cm höher als der linke. Der Gang der Patientin ergiebt nichts Abnormes. Die Untersuchung der beiderseitigen Darmbeingruben ergiebt rechts eine umfangreichere Füllung wie links. In der Tiefe deutliche Fluktuation.

N. op. In Aethernarkose zunächst Probepunktion von vorn her, hierbei bricht die Punktionsnadel ab; daher Entfernung der Nadel nach oberflächlicher Incision. Bei erneuter Punktion kommt etwas Eiter zu Tage. Aussaugung des Eiters mittelst Troikar und sorgfältige Ausspülung. Injection von Jodoformglycerin. Der entleerte Eiter fühlt sich nicht deutlich körnig an. Naht der kleinen Incisionswunde.

9. VI. Der Wundverlauf war reaktionslos; zur Poliklinik entlassen.

11. VI. Patientin hat sich in der ersten Zeit nach ihrer Entlassung sehr wohl gefühlt, in letzter Zeit jedoch wieder Schmerzen gehabt und kehrt deshalb in die Klinik zurück.

Status: Die rechte Darmbeingrube fühlt sich voller an als die linke, auch ist in der Tiefe Fluktuation deutlich.

11. VII. In Aethernarkose Entleerung des Abscesses mittelst Troikar und Jodoformglycerininjection. Patientin verlässt die Klinik mit der Weisung, sich in 4 Wochen wieder vorzustellen.

Patientin ist am 13. November 1894 in ihrer Heimath gestorben. Die Eiterung hat bis zum Tode fortbestanden.

Tuberculose der *Symphysis sacroiliaca dextra.* Marburger Klinik 1893.

Hecker, Peter.

Aufnahme 27. XI. 93.
Entlassen 30. XI. 93.

Anamnese: Mutter tuberkulös. Patient selbst will immer gesund gewesen sein. Vor 7 Wochen bekam Patient im linken Knie Schmerzen, konnte zeitweise sein Kniegelenk, welches keine Schwellung aufwies, nicht bewegen. Jetzt

hat Patient zeitweise Schmerzen am Gesäss und rechten Kniegelenk, welches ebenfalls keine Schwellung aufweist. Patient kann zeitweise auch das rechte Kniegelenk nicht bewegen.

Status: Organe im Thorax gesund. Urin normal. Patient klagt über Schmerzen, die er in die rechte Seite der Kreuzbeingegend verlegt und die bis in die Gegend des *tuber. ischii.* ausstrahlen. Gang stark hinkend. Nach der Entkleidung lässt sich feststellen, dass beide Beine gleich lang sind. Eine Erkrankung der Wirbelsäule liegt nicht vor. Das rechte Bein steht zwar im Hüftgelenk in geringer Flektionsstellung, doch sind die Bewegungen des Gelenkes im Uebrigen frei: ziemlich starker Druck auf den *Trochanter major* nicht schmerzhaft. Die Glutealfalte ist beiderseits gleich. Klopfen auf die Gegend über der rechten *Symphysis sacroiliaca* wird als schmerzhaft empfunden. Dortselbst zwischen Darmbein und Kreuzbein eine Schwellung, die auf der andern Seite nicht vorhanden ist. Fluktuation scheint in der Tiefe zu sein, doch undeutlich und nicht sicher. Probepunktion hat negativen Erfolg.

29. XII. Jodoformglycerininjection in das Halbgelenk zwischen Kreuz und Darmbein.

30. XII. Befinden gut. Entlassung mit der Weisung, sich in 4 Wochen wieder vorzustellen.

Weitere Nachrichten fehlen.

Tuberculose der *Symphysis sacroiliaca dextra.* Marburg. Privat-Klinik 1893.

Werthau, Julius, 30 Jahre.

Aufnahme 24. III.
Entlassen 27. III.

Patient, der eine tuberkulöse Urinfistel am Damm nach Mastdarmfistel und Nebenhodentuberkulose glücklich durchgemacht hat, kommt wieder mit Steifheit der Wirbelsäule, Schiefhaltung der Schultern und Schmerzen im linken Bein.

Die linke Hüfte und die rechte Schulter stehen zu hoch, eine *Scoliose* ist vorhanden, *dextro convex* in der Brustwirbelsäule, compensatorisch in der Lendenwirbelsäule. Steifigkeit, Schmerzen im linken Bein. Druckempfindlichkeit der linken *Symphysis sacroiliaca* hinten.

Dort Jodoforminjectionen.

27. III. Entlassen.

24. IV. *Status idem.* Lungen gesund. Jodoformglycerininjection.

26. IV. Entlassen.

11. V. Kommt deutlich subjectiv gebessert wieder. hält sich aber immer schiefer. Jodoformglycerininjection.

13. V. Entlassung.

26. VI. Patient hat sich sehr verschlechtert. Bücken unmöglich. Starke Schiefhaltung. Die linke Hälfte steht heraus. Schmerzen im linken und rechten Bein. Der 2. Lendenwirbel tritt deutlich nach hinten hervor. Bettruhe. flache Lage. Kein Psoasabscess.

4. VII. Jodoformglycerininjection. Gypskorsett.

6. VII. Mit Korsett entlassen.

22. IX. Patient sieht viel besser aus, ist rund geworden und fühlt sich kräftiger. Haltung viel weniger schief. aber noch recht steif. Kann ohne Korsett nicht auskommen. Jodoformglycerininjection. obwohl die Schmerzen in den Beinen fast ganz verschwunden sind. Bei einer späteren Vorstellung Schmerzen und Schiefhaltung völlig verschwunden.

Beckentuberkulose. Marburger Klinik 1894.

Salzmann, Jakob, 12 Jahre.

Aufnahme 16. VI.

Entlassung 10. VIII.

Anamnese: Eltern und Geschwister des Patienten leben und sind gesund. - Er selbst fiel vor 7 Jahren von einer Bank herab; die Schmerzen waren gering. Nach einigen Wochen bildete sich eine „Blutaderentzündung“. die ein Arzt incidierte. Da keine Heilung erzielt wurde. erfolgten in hiesiger Klinik mehrere Operationen. (Krankengeschichten nicht zu finden. vor 1890). Doch trat niemals völlige Vernarbung ein. Deswegen erfolgt jetzt die Aufnahme.

Status praesens: Leidlich genährter Knabe. Ueber der rechten *Symphysis sacroiliaca* befindet sich eine eingezogene. feste Narbe. Etwas nach aussen davon. drei Querfinger breit oberhalb des *Trochanter major* ist eine Fistel mit unterminirten Rändern. die auf das Becken zuführt. Hüftgelenk normal beweglich. Urin normal.

N. op. Incision. Ein Herd wird freigelegt. Jodoformmulltamponade.

10. VIII. Entlassung. Die Wunde ist im Uebrigen geheilt, doch führt noch ein Gang in die Tiefe.

Tuberculose der *Symphysis sacroiliaca.*

Ludwig, Heinrich, Alter?

Aufnahme 14. XI. — Entlassung 27. XI.

Anamnese: Patient, angeblich stets gesund, will vor 3 Wochen (nach anderen Angaben vor 8 Wochen) auf das linke Knie gefallen sein und seit dieser Zeit gehinkt und Schmerzen im Knie gehabt haben. Starke Steigerung sämtlicher Beschwerden seit 8 Tagen. Patient war seit 14 Tagen zur Beobachtung in der Poliklinik.

Status praesens: Der Knabe steht meistens auf dem rechten Fuss und hält die linke (kranke) Hüfte erhöht. Das linke Bein steht in leichter Abductionsstellung und leicht gebeugt und ist scheinbar verkürzt. Beim Gehen bleibt ebenfalls die linke Hüfte gehoben und er schont das linke Bein. Dementsprechend leichte Lordose der Lendenwirbelsäule. In Rückenlage verschwinden diese Verschiebungen. Im Knie und Hüftgelenk sämtliche Bewegungen (passiv) schmerzlos ausführbar. Nirgends Druckschmerz. Der Knabe giebt nur Schmerzen an im linken Kniegelenk an der Innenseite *(Nervus obturatorius?)* Wirbelsäule normal. Keine Schwellung am Becken; kein Druckschmerz beim Untersuchen der Beckenknochen. Die gesammte Muskulatur des linken Beines (auch Glutäen) scheint etwas geringer zu sein: weniger ausgesprochene Muskelfurchen.

22. XI. $^3/_4$ Spritze Jodoformglycerin in die Region der *Symphysis sacroiliaca sinistr.*

27. XI. Entlassen zur Poliklinik, soll sich alle 8 Tage vorstellen. Status ungefähr derselbe.

Tuberkulose des rechten *os ilei* in der Gegend der *Symphys. sacroiliaca.* Marburger Klinik 1895.

Theis, Conrad. 23 Jahre.

Aufnahme 3. II. 1895. Entlassung 16. III. 1895.

Anamnese: Patient hat im Jahre 1892 als Soldat 16 Wochen wegen einer linksseitigen Brustfellentzündung im

Lazareth gelegen und wurde als invalide entlassen. Von der Zeit an (Juni 92) bis zum November war er dann gesund, hatte keinen Husten. Dazumal traten beim Gehen rechts neben dem Kreuzbein Schmerzen auf, die stetig zunahmen, auch in der Ruhe nicht mehr wichen. Anfangs Januar dieses Jahres wölbte sich an der oben beschriebenen Stelle eine Schwellung vor, die von einem Arzte incidiert wurde und Eiter entleerte. Seitdem sind die Schmerzen geschwunden. Patient kommt zur Klinik, weil die Wunde nicht heilen will und andauernd reichlich Eiter secerniert.

Status praesens: Etwas elender Mann. Urin normal. Untersuchung der Lungen: Auf der ganzen linken Seite abgeschwächtes Atmen. Herz normal, zweiter Pulmonalton accentuiert.

In der *regio sacralis*, etwa 2 cm nach rechts von der Mittellinie, ist eine Fistel mit unterminierten Rändern, die nicht auf rauhen Knochen führt.

5. II. Incision über die Fistel, dieselbe führt in mannigfachem Zickzack auf's *os sacrum*. Ausmeisselung der cariösen Stelle, welche der *Symphys. sacroiliaca* entspricht. Tamponade mit Jodoformmull. Verband.

15. II. Geringe Sekretion. Gute Granulationen von unten her.

2. III. Der ganze Wundtrichter secerniert sehr wenig. Die Granulationen sehen gut und straff aus. Die Tiefe wird alle 3 Tage mit dem *Argentum* geätzt.

10. III. Der Wundtrichter granuliert von unten her zu. Anscheinend wird eine Fistel nicht zurückbleiben.

15. III. Zur Poliklinik auf Wunsch entlassen. Weitere Nachrichten fehlen.

Ich füge noch einen Fall bei, bei welchem die Diagnose *Tuberculose* der *Symphysis sacroiliaca* nicht mit Sicherheit gestellt, jedoch mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen wurde:

Tuberculose der linken *Symphysis sacroiliaca? Ischias.* Marburger Klinik 1893.

Heckmann, Johannes. 37 Jahre.

Aufnahme 26. VII. 93.
Entlassung 29. VII. 93.

Anamnese: Patient stammt aus gesunder Familie und war früher selbst gesund. Vor einem Jahre verspürte er zuerst beim Arbeiten einen leichten Schmerz hinter dem *Trochanter major* des linken Beines. Allmählich wurde der Schmerz stärker und war theils in der Gegend des *Tuber ischii*, theils an verschiedenen Punkten des Oberschenkels (besonders an der Vorder- und Hinterseite), theils in der Wade lokalisiert. In letzter Zeit trat er auch an der Aussenseite des Fusses, namentlich in der Gegend des *Malleolus extereus* auf. – Die Schmerzen waren ständig da, jedoch nur in geringem Grade. Beim Arbeiten und zu Anfang der Nacht traten öfter heftige Anfälle auf.

Status: Kräftiger Mann. Schmerzen im Verlauf des linken *Ischiadicus* mit Druckpunkten am *peroneus*. Der linke Hüftbeinkamm steht höher als der rechte. Die linke Darmbeinschaufel etwas voller, als die rechte. Gang frei, aber etwas geziert. Vom *Rectum* aus keine Abnormität zu fühlen. *Symphysis sacroiliaca* auf Druck nicht empfindlich.

Op. Jodoformglycerininjection in dieselbe.

29. VII. Entlassung zur Poliklinik.

26. III. 95. Patient hat bei Witterungswechsel und nach grösseren Anstrengungen noch geringe Schmerzen, ist aber im Uebrigen gesund.

Von den 33 hier gesammelten Fällen betreffen 19 Männer, 12 Frauen, bei zwei Fällen ist das Geschlecht nicht angegeben. Bei den 19 männlichen Individuen war 9 mal die linke, 10 mal die rechte Seite betroffen, bei den weiblichen sind die entsprechenden Zahlen 4 und 7; einmal war die Seite nicht angegeben.

Ein auffallendes Missverhältniss zwischen der Anzahl der Erkrankungen beider Geschlechter besteht nicht. Die grössere Erkrankungszahl der Männer ist wie bei fast allen andern Krankheiten so auch hier erklärlich, da das männliche Geschlecht ätiologischen Schädlichkeiten in höherem Maasse ausgesetzt ist. Als hauptsächlichstes ätiologisches Moment finden wir, wie auch die andern Berichterstatter, Traumen, und zwar handelt es sich nicht um schwerere Verletzungen, sondern meist nur um einen Fall aus geringer Höhe, um Ausgleiten etc. Häufig vermögen die Patienten auf Fragen nach der Ursache keine Antwort zu geben, da

die Läsionen eben meist so geringfügig sind, dass der Patient sie zunächst nicht beachtet und sie namentlich nicht in Zusammenhang bringt mit den Folgenerscheinungen. Es ist dies um so eher der Fall, als der Verlauf meist sehr chronisch ist und bis zum Eintreten schwerer Symptome Monate, selbst Jahre vergehen können. — Auch indirect kann eine Läsion der Gewebe der *Symphysis sacroiliaca* stattfinden durch Fall auf's Knie, durch Heben und Tragen schwerer Lasten. Dass gerade die *Symphys. sacroiliaca* indirecten Läsionen ausgesetzt ist, erklärt sich aus dem anatomischen Bau dieser Amphiarthrose, indem die beiderseits nach unten convergierende *facies auricularis* des *sacrum* bei Fall auf die *tubera ischii* oder die Füsse, oder bei starker Belastung der Schultern so zu sagen als Keil wirkt, eine Wirkung, die freilich theilweise paralysirt wird durch das feste Ineinandergreifen der Gelenkflächen und die normaler Weise äusserst straffe Bandverbindung.

Nur 2 Fälle habe ich gefunden, bei denen sich die Erkrankung an schwere Geburt anschloss. Es scheint, als ob im Anschluss an Geburten es häufiger zu einer akut eitrigen als zu einer chronisch tuberkulösen Erkrankung der Symphysis komme, wenigstens fand ich mehrere derartige Fälle bei Durchsicht der Litteratur. In dem einen unserer Fälle hatte vor 2 Jahren eine schwere Geburt mit langem Krankenlager stattgefunden und kam die Frau in sehr vorgeschrittenem Stadium ihres Leidens in klinische Behandlung. In dem andern Fall dürfte es sich wohl nur um die durch Geburt begünstigte Verschlimmerung des schon bestehenden Leidens handeln, indem die Frau bereits längere Zeit vorher über Schmerzen im Knie klagte. Verhältnissmässig selten finden wir erbliche Belastung angegeben, obwohl man annehmen kann, dass gerade hierauf bei Anlegung der Krankengeschichten gefahndet worden ist. Häufiger finden wir dagegen tuberkulöse Erkrankungen anderer Organe, namentlich der Lungen erwähnt. In einem Fall hat früher Skrophulose und Rachitis bestanden, bei einem andern waren früher die Halslymphdrüsen vereitert. Einmal trat die Erkrankung auf im Anschluss an Tuberkulose des Mastdarms und des *tractus uro genitalis* und handelt es sich hier wohl um ein directes Uebergreifen des tuberkulösen Prozesses. Diesen Fällen stehen aber auch andere gegenüber, bei denen

anderweitige tuberkulöse Erkrankungen nicht nachzuweisen waren, bei denen es sich also um primäre Affektion der *Symphys. sacroiliaca* handelt. — Einmal berichtet die Krankengeschichte von einem Gelenkrheumatismus, den Patient ein Jahr vor dem Auftreten des Abscesses durchgemacht hat. Der akute Gelenkrheumatismus ist schon öfter als ätiologisches Moment für tuberkulöse Gelenkeiterungen, namentlich für Coxitis herangezogen worden. König bestreitet diesen ätiologischen Zusammenhang: er erklärt diese Fälle als multiple tuberkulöse Gelenkaffectionen, welche in den übrigen Gelenken spontan zurückgingen, um sich nur im Hüftgelenk weiter zu entwickeln. Diese Hypothese hat indess wohl nicht mehr Berechtigung, als die Annahme, dass der in seiner Resistenz durch eine akute Infectionskrankheit herabgesetzte Körper der Ansiedlung der Tuberkelbazillen ein günstiges Feld bietet und dass speciell bei einem derartig afficierten Organismus die Gelenke als *locus minoris resistentiae* zu betrachten sind, oder dass die Gewebe des Gelenks eine für die Aufnahme des Tuberkelbazillus günstige Veränderung erlitten haben.

An dieser Stelle möchte ich einige Bemerkungen über das Alter der Patienten einschalten. Tillaux giebt an, dass die Tuberkulose der *Symphysis sacroiliaca* bei Kindern überhaupt nicht vorkomme, Provendier, dass sie selten im kindlichen Alter sei, so dass er diesen Punkt geradezu zur Differentialdiagnose zu Coxitis benutzt. In unsern 33 Fällen finden sich 4 Fälle von Kindern unter 10 Jahren, weitere 4 Fälle von solchen unter 14 Jahren. Nicht weniger als $^1/_4$ der Fälle betrifft also in unserer Sammlung das Kindesalter! Selten soll die Affektion auch im höheren Alter sein. Wir fanden jedoch einen Patienten von 70 und eine Patientin von 78 Jahren. Dass nur wenige derartige Beobachtungen vorliegen, ist naturgemäss, indem einmal die Individuenzahl in diesen Altersgrenzen eine geringe ist und Patienten in höherem Lebensalter aus Scheu vor chirurgischen Eingriffen überhaupt seltener sich in klinische Beobachtung und Behandlung geben. Wir können also kurz sagen: Die Tuberkulose der *Symphysis sacroiliaca* kommt in allen Altersstufen vor.

Ueber die Symptome und den Verlauf der Krankheit im Allgemeinen kann ich mich hier wohl etwas kürzer fassen.

da bereits mehrere Arbeiten vorliegen, bei denen die Verfasser den Schwerpunkt auf diesen Gegenstand verlegt haben. Die meisten Autoren haben sich bemüht, die Symptome zu schematisieren und die Krankheit in streng gesonderte Perioden einzutheilen. Ich halte derartige Bemühungen für ziemlich zwecklos, sie erleichtern das Stellen der Diagnose nicht und haben, seitdem wir über die Antisepsis verfügen, auch für die Therapie keinen Werth mehr. Ausserdem bietet der Krankheitsverlauf bei den verschiedenen Fällen so mancherlei Abweichungen, dass eine derartige strenge Einleitung oft etwas Erzwungenes hat.

Die Krankheit beginnt regelmässig mit Schmerzen, die besonders beim Gehen und Stehen hervortreten und ihr Ausbreitungsgebiet meist im *ischiadicus*, zuweilen auch im *cruralis* haben. Eine Differentialdiagnose zu Ischias ist in diesem Fall sehr schwer, auch wohl gar nicht zu stellen. Es finden sich zuweilen dieselben charakteristischen Druckpunkte, wie bei dieser Krankheit. Zu fahnden hätte man in einem solchen Fall auf etwelche anderweitige tuberkulösen Erkrankungen und würde eventuell der Erfolg der Therapie die Diagnose sichern, wie ich im Weiteren noch darstellen werde (siehe Fall Hecker). Zuweilen lokalisiert sich der Schmerz im Knie der entsprechenden Seite und zwar hauptsächlich an der Innenseite und handelt es sich hierbei, wie bei beginnenden Coxitiden, um eine Reizung des *nervus obturatorius*. Oefter wird der Schmerz in die Gegend des *tuber ischii* lokalisiert. Zuweilen bestehen auch Schmerzen in der Extremität der nicht erkrankten Seite. Gleichzeitig mit diesen Schmerzen, die sehr variabel sein können, zuweilen nur bei Witterungswechsel oder nach stärkerer Anstrengung, zuweilen auch nur beim Bücken, nicht aber beim Gehen und Stehen auftreten, bildet sich eine Druckempfindlichkeit der Gegend der *Symphysis sacroiliaca* aus. Diese Druckempfindlichkeit ist in den Anfangsstadien das wichtigste Kriterium. Da durch die Schmerzen gezwungen der Patient das Bein der erkrankten Seite schont und hinkt, so könnte man, zumal bei gleichzeitigem Bestehen anderweitiger tuberkulöser Affektionen sehr wohl auf die Annahme einer Coxitis geführt werden. Dass diese Verwechslung nicht selten ist, zeigt uns die Litteratur (siehe Sayre's

Abhandlung). Zu dieser Fehldiagnose wird man um so leichter geführt, wenn man die passive Beweglichkeit des Hüftgelenks prüft und hierbei etwa brüsk vorgeht. Durch indirecten vom Hüftgelenk aus fortgeleiteten Druck wird Schmerzempfindlichkeit hervorgerufen, welche jedoch vermieden wird, wenn man vorsichtig bewegt und dabei womöglich das Becken fixieren lässt. Bei sehr mageren Personen kann man die *Symphysis sacroiliaca* auch von vorn her abtasten, zuweilen giebt auch die Rektaluntersuchung schätzenswerthe Aufschlüsse. Versucht man die beiden *Spinae anteriores superiores* durch seitlichen Druck einander zu nähern, so wird das erkrankte Gelenk gezerrt und es kommt natürlich auch zu Schmerzempfindungen. Es vergeht nun ein Zeitabschnitt, dessen Dauer bei den verschiedenen Fällen sehr variiert, in denen keine anderweitigen Symptome auftreten. Nach Monaten, selbst erst nach Jahren kommt es zur Abscessbildung. Pathologisch anatomisch ist dies sehr wohl zu erklären. Die die *Symphysis sacroiliaca* bildenden Knochenparthien von spongiöser Struktur sind von festem Periost und namentlich auf der Rückseite von sehr derben und mächtigen Bändern bedeckt, welche der Ausdehnung der Abscesse lange Widerstand leisten, während der tuberkulöse Prozess im Knochen sich leichter verbreiten kann. Bereits wenn die Krankheit soweit vorgeschritten ist, sehen wir Veränderungen in der Haltung des Patienten auftreten. Namentlich wenn ein Abscess an der Innenwand des Beckens, unter dem *musculus iliacus* in Bildung begriffen ist, sucht der Patient diesen Muskel zu entspannen und das Gelenk überhaupt möglichst zu entlasten. In liegender Stellung wird dies so geschehen, dass er Oberschenkel und Knie beugt und gleichzeitig das Bein leicht adduciert; beim Stehen hebt er die erkrankte Hüfte etwas an und senkt die Schulter auf der erkrankten Seite (siehe Fall Werthan). Die Wirbelsäule zeigt die entsprechenden skoliotischen Verkrümmungen. Ueber Massunterschiede der Längenverhältnisse der Extremitäten finden sich in den von mir gesammelten Krankengeschichten keine Notizen, während die meisten Autoren eine Verlängerung des Beins auf der erkrankten Seite mit Verschiebungen der Gelenkenden in der *Symphysis sacroiliaca*, in hochgradigen Fällen auch in der *Symphysis pubis* konstatiert haben wollen.

Der weitere Verlauf der Krankheit kann viele Abweichungen bieten je nach dem Verlauf, den die Abscesse nehmen. Betrachten wir zunächst den Verlauf der Abscesse, wenn die Aussenseite der Beckenwand erkrankt ist, so finden wir ziemlich einfache Verhältnisse. Der Abscess kann sich entweder nach oben oder nach unten ausdehnen; zuweilen bricht der Abscess auch direct nach unten durch. Steigt der Abscess nach oben, was jedoch seltener der Fall ist, so finden wir ihn unter der Aponeurose der langen Rückenmuskeln. Beim Verlauf nach unten, der das Gewöhnliche ist, tritt der Eiter meist zwischen *Glutaeus maximus* und *medius* auf und kommt am untern Rand des erstern zum Durchbruch. Es kann jedoch auch eine Senkung an die Hinterseite des Oberschenkels stattfinden, die bis zur Kniekehle sich fortsetzen kann (s. Provendier). Hierbei zeigt sich, welch grossen Widerstand Gelenkkapseln der tuberkulösen Erkrankung entgegensetzen. Das Hüftgelenk, das sonst so sehr zu tuberkulöser Erkrankung neigt, kann lange Zeit vollständig von tuberkulösem Eiter umspült sein. In einem Falle fand sich sogar bereits ein metastatischer Herd im Innern des Schenkelkopfes und doch waren die Gelenkflächen noch frei, die Kapsel völlig undurchlässig. Im Ganzen und Grossen scheinen die auf die Aussenseite des Beckens verlaufenden Abscesse weniger Beschwerden zu machen, als diejenigen an der Innenseite, deren Betrachtung wir uns nunmehr zuwenden wollen. Hier finden wir entsprechend dem anatomischen Bau eine grosse Mannigfaltigkeit in der Verlaufsrichtung. Der Abscess kann auch an der Innenseite nach oben steigen und zwar längs der Medialseite des *ileopsoas*. Er zieht dabei über die Wirbelkörper des *os sacrum* und diese können ebenfalls arrodiert werden. Klinisch giebt ein solcher Abscess leicht Veranlassung, eine Wirbelkaries mit Senkungsabscess zu diagnostizieren, doch zeigt sich keine Knickung der Wirbelsäule und ist dieselbe nicht druckempfindlich. Bei Senkung des Abscesses kann er verschiedene Wege einschlagen. Meistens sammelt sich der Eiter zunächst in der entsprechenden Beckenschaufel hinter dem *musculus iliacus*, den er abhebt und theilweise zur Einschmelzung bringt. Er senkt sich dann weiter an der Beckenwand, tritt unter der *incisura ischiadica major* zur Rückseite und kommt oberhalb des *trochanter* zum Durch-

bruch, etwa an derselben Stelle, an der die oben beschriebenen Glutäalabscesse durchbrechen. Er kann jedoch auch ebenso wie die von der Hinterseite des Beckens ausgehenden Abscesse sich an die Rückseite des Oberschenkels senken, wodurch die Diagnose, ob der Ausgangspunkt der Eiterung die Vorderseite oder Rückseite der Beckenwand ist, erschwert ist und nur durch die Sonde oder Rektaluntersuchung entschieden werden kann. Seltener zieht der Abscess zwischen *ilias* und *psoas* nach unten. Er kann in diesem Falle entweder in der Leistenbeuge zum Durchbruch kommen oder sich zwischen die Adductoren des Oberschenkels senken, um hier ausgedehnte Zerstörungen anzurichten. Nicht ganz selten senkt sich der Abscess in's kleine Becken. Hier verläuft er zuweilen neben dem Mastdarm, um neben dem *Anus* zum Durchbruch zu kommen, zuweilen bricht er in den Mastdarm selbst durch. In manchen Fällen finden sich im Mastdarm tuberkulöse Geschwüre, ein Durchbruch braucht deswegen nicht stattgefunden zu haben; auch kann rückwärts vom Mastdarm aus eine Erkrankung der Symphysis stattfinden. Einen Durchbruch in die Bauchhöhle habe ich nirgends beschrieben gefunden und nur in einem Fall eine metastatische Erkrankung des Peritoneum. Zieht der Abscess über das Schambein weg in die Leistenbeuge, so kann das Peritoneum nach oben verdrängt werden.

In der Therapie, ihren Methoden und ihren Erfolgen sehen wir wie bei allen chirurgischen Krankheiten, so auch hier eine strenge Scheidung, bedingt durch die Einführung der Antisepsis. Die Nachrichten aus der vorantiseptischen Zeit lauten recht trostlos. Die Prognose für eine Tuberkulose der *Symphysis sacroiliaca* ist fast absolut letal. Die Therapie beschränkte sich auf mehr oder minder energische Ableitung auf die Haut, Ruhigstellung und oberflächliche Spaltung durchbrechender Abscesse. Die Kranken gingen „hektisch" zu Grunde. Auch späterhin noch empfehlen manche Autoren Extension und Ruhigstellung und scheuen vor energischen Eingriffen zurück.

Und in der That muss man gestehen, dass bei breiter Spaltung mit ausgiebiger Ausräumung und Ausmeisselung der erkrankten Knochenpartien die Sterblichkeit noch äusserst hoch, der Erfolg gering ist. Selten sahen wir Heilung erzielt, im günstigsten Falle wird der Patient mit Fistel ent-

lassen. Von den 33 hier gesammelten Fällen sind 10 geheilt, 9 gebessert und 14 gestorben, d. h. 42,4 % Todesfälle und 30,3 % Heilungen. Von diesen 33 Fällen wurden 18 Fälle von Herrn Geheimrath Küster behandelt. Eine Reihe von diesen letzteren wurde mit Injectionen von Jodoformglycerin behandelt und möchte ich an dieser Stelle ganz besonders auf die günstigen Resultate dieser Behandlungsweise aufmerksam machen. Von den 18 Fällen wurden 9 mit Jodoformglycerin, 9 ohne dasselbe behandelt. Von den letzteren wurde 1 geheilt, 3 gebessert, 5 starben, von ersteren wurden 4 geheilt, 3 gebessert, 2 starben und zwar handelt es sich bei diesen, wie man sich aus den Krankengeschichten überzeugen kann, durchaus nicht um besonders leichte Fälle. Ueber den Werth der Jodoformglycerinbehandlung ist ja schon vielfach gestritten worden und von vielen Seiten wird ja die Möglichkeit einer dauernden Heilung bestritten.

Demgegenüber mache ich hier auf den Fall Werthahn aufmerksam. Es handelt sich hier um einen schweren Fall multipler tuberkulöser Affektionen. Die ersten Injectionen haben so gut wie gar keinen Erfolg, die konsequente Durchführung der Jodoformglycerinbehandlung führt hier trotzdem zu vollständiger dauernder Heilung. Frappant ist die Wirkung im Falle Heckmann, der freilich nicht ganz sicher diagnostiziert ist: hier verschwinden die Schmerzen nach einer Jodoformglycerininjection dauernd. Ein grosser Vortheil der Jodoformglycerinbehandlung ist die Vermeidung der breiten Spaltung. Derartige Incisionswunden in tuberkulöse Abscesse schliessen sich bekanntlich sehr schwer und bedingen lange Eiterung und Krankenlager. Bei Injectionsbehandlung genügt eine Eröffnung mit Troikar und eventuell Aspiration des Eiters. Die breite Spaltung dürfte auf Entfernung von Sequestern beschränkt bleiben. Nach Eröffnung tuberkulöser Abscesse pflegt man ja mit Jodoformmull zu tamponieren, doch kommt die Emulsion natürlich in viel innigerere Berührung mit dem erkrankten Gewebe, zumal, da hier die Abscesse meist sehr vielbuchtig und schwer zugänglich sind. Die Jodoformglycerinbehandlung hat ferner den grossen Vortheil, in der Praxis ausgeführt werden zu können. Sie erfordert weder Narkose noch Assistenz. Gewöhnlich tritt eine einmalige geringe Temperatursteigerung

darnach auf, nach einem Tage kann man den Patienten wieder aufstehen lassen.

Vorzunehmen sind die Injectionen, zu denen in der Marburger Klinik eine 20 %ige Jodoformglycerinemulsion benützt wird, so bald die Diagnose gestellt ist. Dass die Regeln der Antisepsis dabei innegehalten werden, ist selbstverständlich. Hat sich bereits ein Abscess gebildet, so hat Aspiration des Eiters vorher stattzufinden.

Im Folgenden sei es mir gestattet, die wenigen Berichte über Tuberkulose der *Symphysis pubis*, welche mir zugänglich waren, zusammenzustellen. Ich selbst habe während meiner Studienzeit keine Gelegenheit gehabt, einen derartigen Fall zu beobachten.

Ueber 3 Fälle von Tuberkulose der *Symphysis pubis* berichtet Herries. Der erste betraf einen 30 Jahre alten Mann, welcher seit zwei Jahren Fisteln in der Gegend des linken horizontalen Schambeinastes hatte. Die Fistelöffnungen fanden sich in der Mitte der Symphyse an der Innenseite des Oberschenkels circa 5 cm unterhalb des Poupart'schen Bandes, zwei weitere rechts und links vom Skrotum. Der Fall kam zur Heilung nach ausgiebiger Resektion der horizontalen Schambeinäste.

Der zweite Fall betraf einen 58jährigen Mann. Nach länger dauernden ziehenden Schmerzen in der Inguinalgegend hatte sich hier ein Abscess oberhalb der Symphyse entwickelt, der anfänglich für einen Bruch gehalten worden war. Nach ausgiebiger Spaltung und Entfernung der Sequester trat Heilung ein.

Im 3. Fall handelt es sich um eine 73jährige Frau. Die Krankheit trat im Anschluss an ein Trauma mit rheumatischen Schmerzen auf. Es bildet sich in der Inguinalgegend langsam ein Abscess, der von mehreren Aerzten für einen Bruch gehalten wurde. Bald bildete sich auch in der andern Inguinalgegend eine Anschwellung. Beide Anschwellungen wurden auch in der Klinik zunächst als Brüche diagnostiziert. Erst die Operation zeigte den Sachverhalt. Nach ausgiebiger Spaltung wurden die Symphysenenden des Schambeins mit Ausnahme der unteren Lamelle entfernt. Patientin wird mit kleiner Fistel entlassen.

Einen ausführlichen Bericht über einen Fall von Symphysentuberkulose giebt Mauger in seiner über Vereiterung der Beckengelenke handelnden Dissertation. Das Leiden begann mit Schmerzen in der linken Leistengegend. Patient hielt den linken Oberschenkel angezogen und konnte nicht auftreten. Leistengegend und Trochanter sind druckempfindlich. Es wurde zunächst die Diagnose Rheumatismus gestellt, bis sich nach 14 Tagen in der Symphysengegend ein Abscess entwickelt. Derselbe wird durch Punction entleert. Unmittelbar im Anschluss an diese Operation beginnt der Hodensack stark zu schwellen. Nach 2 Tagen wird an der tiefsten Stelle eine Incision gemacht, die reichlich dünnflüssigen Eiter entleert. 9 Tage später *exitus*. Die Sektion ergab, dass das linke Schambein vom Periost entblösst und rauh war, die Symphysis klafft etwa fingerbreit, Knorpel und Bänder sind zerstört. Abscesse verlaufen nach hinten, in die linke Skrotalhälfte, unter die Haut des linken Oberschenkels, einer auf der Aussenfläche, einer auf der Innenfläche des *os ilei*. Die linke *Symphysis sacroiliaca* mit ergriffen. Lunge bietet das Bild fortgeschrittener Tuberkulose.

Die folgenden beiden Krankengeschichten fanden sich in den Charité-Analen (Zwicke's Bericht).

Caries symphys. pubis.

Der Fall betraf eine 50 Jahre alte Frau mit Nekrose des *Os pubis* (Ursache unbekannt), einem grossen Abscess im *Labium majus* und schmerzhafter Schwellung über der Symphyse. Der Abscess wurde geöffnet; er enthielt mehrere nekrotische Knochenstücke und reicht nach oben handbreit über die Symphyse hinauf; hier Gegenöffnung und Drainage. Da der Abscess hinter und über der Symphyse weiterreichte, wurden rechts und links noch Gegenöffnungen gemacht. Die schon bei der Aufnahme collabierte Kranke starb am Abend des Operationstages. Bei der Sektion fand sich *Ostitis ossis pubis. Peritonitis fibrinosa acuta.*

In einem andern Falle von Caries in der Gegend der *Symphysis pubis* Heilung ca. 1 Monat nach gründlicher Ausräumung des Herdes und Exstirpation der seit ca. $^1/_2$ Jahre

geschwollenen Leistendrüsen beiderseits. Vielleicht war in beiden Fällen eine Eiterung im sogen. *Cavum Retzii* Ursache der Nekrose am *os pubis*.

Schliesslich bringe ich noch einen von Herrn Geheimrath Küster in seinem „chirurgischen Triennium“ veröffentlichten Fall.

Caries des Schambeins.

Resektion eines grösseren Stückes desselben, sowie der *Symphysis ossium pubis*. Ungeheilt entlassen und später gestorben.

Ferdinand Pohl, 32 Jahre, Schriftsetzer, aufgenommen 9. II. 1878, früher immer gesund, hat seit einigen Wochen eine immer wachsende Geschwulst nach aussen von der linken Inguinalfalte in der Gegend des linken *musculus pectineus* bemerkt. Deutlich fluktuierender Abscess. 10. II. Incision. Entleerung eines krümeligen Eiters, in der Tiefe fühlt man eine rauhe Stelle am horizontalen Schambeinaste, dicht neben der Symphyse. Ausschabung, antiseptischer Verband. Da keine Neigung zur Heilung sich zeigte, so wurde in zwei Sitzungen am 17. II. und 27. XI. ein ca. 3 cm langes Stück des Schambeins abgemeisselt, sodass die Symphyse getrennt war. Am 19. VII. wurde Patient, der nicht mehr antiseptisch verbunden war, von einem leichten Erysipelas befallen. Die Heilung erfolgte trotz des energischen Eingriffs nicht und wurde Patient im Februar 1879 ungeheilt entlassen. Am 26. April sah ich ihn im elendesten Zustand, zum Skelett abgemagert wieder. Ist bald darauf, am 17. V. 1879, gestorben. Dauer des Leidens $1^1/_2$ Jahre.

Weiteres über die Tuberkulose der *Symphysis pubis* zu finden, ist mir nicht gelungen. Zu einer statistischen Verwerthung kann obiges Material nicht genügen.

Zum Schluss meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath Professor Dr. Küster, für die freundliche Ueberlassung des Untersuchungsgegenstandes, sowie für die liebenswürdige Anregung und Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen herzlichsten Dank an dieser Stelle auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Karl Friedrich Unger, Sohn des verstorbenen praktischen Arztes Dr. Friedrich Unger und dessen ebenfalls verstorbenen Ehefrau Amalie, geb. Fröde, evangelischer Konfession, wurde am 19. October 1869 zu Davos-Platz in der Schweiz geboren. Vorgebildet auf dem dortigen Privatgymnasium, besuchte er von Ostern 1887 ab das Königliche Gymnasium zu Klausthal i. Harz. Letzteres verliess er Ostern 1890 mit dem Zeugniss der Reife. Im Sommersemester 1890 wurde er als Studirender der Medizin an der Universität Marburg immatrikulirt, und bestand daselbst am 4. März 1892 die ärztliche Vorprüfung. Behufs Ableistung seiner Militärdienstpflicht wurde er am 1. October in Strassburg eingestellt. Nach weiteren 4 Semestern medizinischen Studiums beendete er am 15. Februar 1895 das medizinische Staatsexamen und erhielt am 7. März die Approbation als Arzt. Das Examen rigorosum bestand er am 26. Februar 1895. Vom 15. Mai bis 15. November 1895 diente er als einjährig-freiwilliger Arzt in Köln a. Rh. Seit dem 1. Januar 1896 ist derselbe Assistenzarzt in Lüdenscheid i. W.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

Ahlfeld, Barth, A. Barth, v. Büngner, Fränkel, Gasser, Göbel, Greeff, von Heusinger, Hüter, Kohl, Külz, Küster, Lahs, Mannkopff, Marchand, Melde, H. Meyer, F. Müller, Minkowski, Strahl, Tuczek, Uhthoff, Zincke.

Allen diesen Herren spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigen Dank aus.